

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
INSTITUTO DE INVESTIGACION Y POSTGRADO**

“Determinar si la terapia racional emotiva para elevar el autoestima es más eficaz para los hombres o para las mujeres: estudiantes que ingresan al período de nivelación a la carrera de Geográfica y Medio Ambiente”

Informe final del trabajo de posgrado, previo la obtención del título de magíster en Ciencias Psicológicas con mención en Psicoterapia

AUTORA: Dra. Okia Mariela Calderón López
TUTOR: Dr. Nelson Gustavo Rodríguez Aguirre

Promoción: 2004-2006

Quito - 2013

PG

0194

C127 Calderón López, Okia Mariela

Determinar si la terapia racional emotiva conductual para elevar el autoestima es más eficaz para a los hombres o para las mujeres: estudiantes que ingresan al período de nivelación a la carrera de Geográfica y Medio Ambiente / Okia Mariela Calderón López. -- Informe final del Trabajo de Postgrado, previo a la obtención del título de Magister en Ciencias Psicológicas con mención en Psicoterapia. -- Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, 2013.

144 p.: tbls., graf.

Director: Rodríguez Aguirre, Nelson Gustavo

AGRADECIMIENTO

A todas las personas que con su labor diaria, hacen de la Universidad Central del Ecuador, el eje de la Educación Superior y futuro de nuestra Patria. A todos mis maestros, quienes compartieron generosamente sus conocimientos y experiencias para formarme profesionalmente. De manera muy especial, a mi Tutor **Dr. Nelson Rodríguez**, por sus valiosas aportaciones técnicas, sus consejos profesionales y por sobre todo, por su entrega, paciencia y amistad.

O. M. C. L.

DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

Quito, 26 de abril del 2013

Yo, **Okia Mariela Calderón López**, autora de la investigación, con cédula de ciudadanía no. **100191539-4**, libre y voluntariamente DECLARO, que el Trabajo de Grado Académico:

“Determinar si la terapia racional emotiva para elevar el autoestima es más eficaz para los hombres o para las mujeres: estudiantes que ingresan al período de nivelación a la carrera de geográfica y medio ambiente”

Es original y de mi autoría, de ser comprobado lo contrario me someto a las disposiciones legales pertinentes.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad.

Atentamente,



Okia Mariela Calderón López
C.C. 100191539-4

AUTORIZACION DE AUTORIA INTELECTUAL

Yo, **Okia Mariela Calderón López** en calidad de autora del trabajo de investigación o tesis realizada sobre *“Determinar si la terapia racional emotiva para elevar el autoestima es más eficaz para los hombres o para las mujeres: estudiantes que ingresan al período de nivelación a la carrera de geográfica y medio ambiente”*, por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o parte de los que contiene esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autora me corresponden con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8; 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento.

Quito, 26 de abril del 2013



Okia Mariela Calderón López
C.C. 100191539-4

RESUMEN DOCUMENTAL

Trabajo de postgrado sobre Psicología, Psicoterapia, Psicología de la Personalidad específicamente Rasgos de Personalidad. El objetivo es elevar el Autoestima desde el enfoque cognitivo de aspirantes universitarios. La transición por la que pasan los jóvenes genera equivocaciones, temores, ideas irracionales, baja autoestima; motiva a comprobar que la Terapia Racional Emotiva es más eficaz para los hombres que para las mujeres para elevar la autoestima. Se fundamenta teóricamente en el enfoque cognitivo de Ellis, que se basa en las conductas relacionadas con creencias, pensamientos irracionales, automáticos...; tratado en cuatro capítulos: autoestima: importancia, en hombres y en mujeres, Albert Ellis y técnicas terapéuticas. Investigación descriptiva correlacional, no experimental, con método deductivo y psicométrico. A una población de quinientos ocho estudiantes del período preparatorio a la carrera de Geográfica y Medio Ambiente, se ha evaluado niveles de autoestima con pretest; cuyos datos han evidenciado bajos niveles; entonces se ha aplicado Terapia Racional Emotiva a una muestra de cuarenta sujetos hombres y mujeres, con el post-test se ha probado la eficacia de esta técnica. Los modelos cognitivos consideran cogniciones de sentido y significado

CATEGORIAS TEMATICAS:

PRIMARIA: PSICOLOGÍA
PSICOLOGIA DE LA PERSONALIDAD
TERAPIA

SECUNDARIA: RASGOS DE PERSONALIDAD

DESCRITORES:
AUTOESTIMA - TERAPIA RACIONAL EMOTIVA
AUTOESTIMA – TEST DE ROSEMBERG
ESCUELA POLITECNICA DEL EJÉRCITO

DESCRIPTORES GEOGRAFICOS:
SIERRA – PICHINCHA – SANGOLQUÍ

SUMMARY DOCUMENTARY

Working postgraduate Psychology, Psychotherapy, and Psychology of Personality Personality Traits specifically. The aim is to raise the self-esteem from college hopeful's cognitive approach. The transition that youth spend generates mistakes, fears, irrational ideas, low self-esteem, motivates check Rational Emotive Therapy is more effective for men than for women to raise the self-esteem. Theory is based on the cognitive approach of Ellis, which is based on beliefs related behaviors, irrational thoughts, automatic ..., treated in four chapters: self: importance, in men and in women, Albert Ellis and therapeutic techniques. Research descriptive correlational, not experimental, with psychometric deductive method. In a population of five hundred eight students to the career preparatory period of Geographic and Environment, has been evaluated with pretest levels of self-esteem, whose data have shown low levels, then Rational Emotive Therapy has been applied to a sample of men and forty subjects women with post-test has proven the effectiveness of this technique. Consider cognitions cognitive models of meaning and significance

THEME CATEGORIES:

PRIMARY: PSYCHOLOGY
PSYCHOLOGY OF PERSONALITY
THERAPY

SECONDARY: PERSONALITY TRAITS

TERMS:

ESTEEM - RATIONAL EMOTIVE THERAPY
ESTEEM - TEST ROSEMBERG
POLYTECHNIC SCHOOL ARMY

GEOGRAPHICAL DESCRIPTORS:

SIERRA - PICHINCHA - SANGOLQUI

TABLA DE COTENIDOS

A. PRELIMINARES

Agradecimiento	iii
Declaratoria de Originalidad	iv
Autorizacion de Autoria Intelectual	v
Resumen documental	vi
Summary documentary	vii
Tabla de cuadros	
Tabla de cotenidos	viii

B. INFORME FINAL DE TRABAJO DE POSGRADO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
Enunciado o Definición del problema.....	2
OBJETIVOS	2
General	2
Específicos.....	2
JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	2
HIPÓTESIS	3
Definición Conceptual	4
Definición Operacional	5
MARCO TEÓRICO	8
CAPÍTULO I	9
1. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DE LA AUTOESTIMA.	9
1.1. Qué es el Autoestima.	9
1.2. Importancia de la Autoestima.....	11
1.2.1 Importancia del Aprecio Positivo Incondicional	12
1.3. Adolescentes y Formación de la Autoestima.	14
1.3.1. Bases de la Autoestima.	18
1.4. Características de la Autoestima.....	19
1.5. Dimensiones de la Autoestima.	20
1.6. Grados o niveles de autoestima	21
1.7 Variables Psicológicas vinculadas a la Autoestima	22
1.8 Lado Activo del Autoestima.	22
1.9 Beneficios de la Autoestima.....	25

1.10	ALBERT ELLIS y la Autoestima: (Pittsburgh 1913, Manhattan 2007).....	26
1.10.1	Albert Ellis define la Autoestima.....	26
CAPÍTULO II.....		28
2.	AUTOESTIMA EN HOMBRES Y AUTOESTIMA EN MUJERES	28
CAPÍTULO III		33
3.	BAJA AUTOESTIMA	33
3.1.	Enfoque Cognitivo de la Baja Autoestima	35
3.2.	Repercusión de los desequilibrios de la Baja Autoestima en adolescentes.	36
3.3.	El impacto de la baja autoestima en las relaciones de una persona.	37
CAPÍTULO IV.....		38
4.	ANTECEDENTES SOBRE LOS PROCESOS TERAPÉUTICOS PARA LA BAJA AUTOESTIMA.....	38
4.1.	Técnicas utilizadas en los Procesos Terapéuticos para elevar la Autoestima.	39
4.2.	Psicoterapia Cognitiva	41
4.3.	El método terapéutico	44
4.3.1.	Pensamiento Emoción Conducta	44
4.3.2.	El terapeuta cognitivo	45
4.3.3.	Las técnicas más utilizadas en la Terapia Cognitiva	46
4.4.	Psicoterapia de Albert Ellis	47
4.4.1.	La Terapia Racional Emotiva (TRE)	47
4.4.2.	El modelo ABC.....	51
MARCO METODOLÓGICO.....		53
	Unidad de Análisis	53
	Población y Muestra.....	53
	Métodos	54
	Técnicas	54
	Instrumentos.....	55
	Recolección de información	55
	Plan de Análisis	55
	Programa para elevar la autoestima.....	57
	Procedimiento de las sesiones	57
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN		60
	Análisis de resultados	60

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	78
Conclusiones	78
Recomendaciones	78
 C. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
Tangibles	79
Virtuales.....	79
 ANEXOS	80
ANEXO 1. PROYECTO DE INVESTIGACION.....	80
ANEXO 2. TEST DE AUTOESTIMA	100
ANEXO 3 AUTO-REGISTRO.....	113
ANEXO 4 RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS SESIONES TERAPEUTICAS.....	120

B. INFORME FINAL DE TRABAJO DE POSGRADO

INTRODUCCIÓN

La Autoestima es un tema muy amplio y de trascendental importancia para el campo de la Psicología; por ello, en esta oportunidad se trabajará para obtener resultados a partir de la aplicación de un Programa Terapéutico para elevar el Autoestima, y comprobar su efectividad en Jóvenes hombres y jóvenes mujeres.

El gran interés suscitado por la autoestima, tanto en el ámbito científico como terapéutico, viene determinado porque se considera un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional y cognitivo, una buena salud mental y unas relaciones sociales satisfactorias.

Todos los individuos necesitan tener una autoestima saludable, independientemente del sexo, edad, cultura, trabajo y objetivos en la vida. Pareciera que si no se satisface esta necesidad de autovaloración, tampoco pueden cubrirse otras que supongan la realización de todo el potencial de desarrollo humano.

Las personas que se encuentran bien consigo mismas suelen sentirse a gusto en la vida, son capaces de afrontar y resolver con seguridad los retos y las responsabilidades que ésta les plantea. Por el contrario, la baja autoestima es una fuente permanente de inseguridad e insatisfacción personal y se considera como un importante factor de riesgo para el desarrollo de numerosos problemas psicológicos tales como trastornos de la alimentación, depresión, ansiedad, entre otros.

De allí, la necesidad de considerar un Programa terapéutico para elevar el autoestima y verificar su eficacia considerando el género de los pacientes, lo cual es el objetivo general de la presente investigación.

Este trabajo se presenta dividido en las siguientes partes: El Capítulo I, contiene toda la información necesaria sobre la Autoestima. El Capítulo II, analiza los antecedentes relevantes, características y consecuencias de la Baja Autoestima en el ser humano. El Capítulo III plantea contenidos sobre el Autoestima en Hombres y el Autoestima en Mujeres. El Capítulo IV considera el proceso terapéutico para elevar el Autoestima desde el enfoque cognitivo.

Seguidamente se presenta el Planteamiento del Problema, las hipótesis, categorías, metodología, en esta se explica el desarrollo de las sesiones de terapia aplicada a una muestra de jóvenes hombres y mujeres; además se definen los métodos técnicos utilizados para la recolección de información, procesamiento y análisis. Por último se presentan los resultados, conclusiones y recomendaciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Sección de Psicología de la Unidad de Bienestar Estudiantil (UBE) de la Escuela Politécnica del Ejército (ESPE), dentro de su planificación anual de actividades, contempla la realización de Talleres de “Inducción Universitaria” dirigido a los Jóvenes que ingresan al período de nivelación en las diferentes carreras que la institución ofrece. En dicho proceso se ha podido constatar que el 74% de jóvenes hombres y el 78% de jóvenes mujeres; viven en un mundo lleno de temor, vergüenza, no se valoran ellos como tal ni menos valoran lo que hacen, no se trazan metas, no son capaces de llevar a buen término un proyecto que se les encargue, no generan ideas de progreso, viven aburridos, deprimidos y con poco entusiasmo, tienen poco sentido del humor, por lo tanto son normalmente tristes, no aceptan su realidad, son tímidos e introvertidos, prefieren que otros hablen de sus éxitos, tienen dificultad para socializar, son callados y generalmente se aíslan; Es decir, evidencian “Baja Autoestima” situación que no les permite dar a conocer sus ideas, habilidades y destrezas tanto físicas como cognitivas.

Por ello fue necesaria una intervención terapéutica, que permitió superar este problema en los jóvenes hombres y mujeres, mejorando su desenvolvimiento académico y social. Se logró la solución mediante la aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), misma que nos llevó a determinar su eficacia considerando el género de los pacientes.

Enunciado o Definición del problema

“DETERMINAR SI LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA PARA ELEVAR EL AUTOESTIMA ES MÁS EFICAZ PARA LOS HOMBRES O PARA LAS MUJERES”: estudiantes que ingresan al período de nivelación a la carrera de Geográfica y Medio Ambiente”.

OBJETIVOS

General

“Determinar si la terapia racional emotiva para elevar el autoestima es más eficaz para los hombres o para las mujeres”.

Específicos

Comprobar si las creencias e ideas irracionales son más arraigadas en los hombres o en las mujeres.

Analizar el grado de eficacia de la Terapia Racional Emotiva para elevar el autoestima en hombres y en mujeres.

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El Autoestima de hombres y mujeres, se ve intensamente influida por el concepto que tienen de sí mismo y de los demás; lo que sienten por sí mismos, por los demás y por las condiciones sociales. Son aspectos

básicos de las relaciones humanas, y por lo tanto, decisivos en el desenvolvimiento del ser en sus diferentes contextos. La cultura, la política, la economía, la sociedad, la historia misma; están determinadas por la autoestima de las personas, y al mismo tiempo son determinantes. Nada escapa a la influencia de la autoestima.

Según estadísticas obtenidas en la Escuela Politécnica del Ejército. El 70% de estudiantes que han reprobado en diferentes asignaturas, han presentado, fuertes rasgos de Baja Autoestima, antes de iniciar los cursos académicos.

Esta realidad, me ha motivado e impulsado a planificar un proyecto de Investigación con el propósito de transformar la situación actual de los jóvenes esperando dar solución a los ya mencionados problemas que presentan; al igual que determinar la eficacia de la Terapia Racional Emotiva, según el género.

Profesionalmente me interesa realizar esta investigación, ya que en mi gestión laboral tengo bajo mi responsabilidad, el bienestar integral de la comunidad educativa de las carreras de: Finanzas, Geográfica y Medio Ambiente y Auditoría; de la Escuela Politécnica del Ejército

Esta propuesta de investigación es ciertamente original, porque es un problema que será tratado por primera vez en los jóvenes que ingresan al período de Nivelación en la carrera de Geográfica y Medio Ambiente de la Escuela Politécnica del Ejército.

Además, el Señor Vicerrector Académico de la ESPE, afirma que: “el problema de la Baja Autoestima, es el principal que afecta directamente a los jóvenes de dicha comunidad. En consecuencia, su solución permitirá afrontar otros”. Por tal razón la investigación a realizar es significativa e importante puesto que permitirá superar este problema de baja autoestima en los jóvenes mejorando su desenvolvimiento académico y social. Se pretende la solución mediante la aplicación de la Terapia Racional Emotiva (TRE), misma que nos llevará a determinar su eficacia en hombres y en mujeres.

Este proyecto de investigación se llevará a efecto en la Escuela Politécnica del Ejército, durante el período de tiempo comprendido entre el 03 de Septiembre y 16 de Noviembre de 2012

La investigación es viable porque se tiene el respaldo suficiente de la institución de la Escuela Politécnica del Ejército” (ESPE) esto es: de autoridades, profesores, psicólogos, padres de familia y jóvenes estudiantes. Además se cuenta con el tiempo y recursos materiales necesarios.

HIPÓTESIS

- La Reestructuración Cognitiva (proceso de la Terapia Racional Emotiva) para elevar la autoestima es más eficaz para los hombres que para las mujeres.
- Las creencias e ideas irracionales son más arraigadas en las mujeres que en los hombres.

CATEGORÍAS:

Variable Independiente:

-Terapia Racional Emotiva Conductual (Proceso: Reestructuración Cognitiva)

Variables Dependientes:

-Autoestima de hombres

-Autoestima de mujeres

Variables Intervinientes:

-Creencias

-Pensamientos automáticos

Definición Conceptual

Terapia Racional Emotiva Conductual: (TREC) Consiste en identificar los pensamientos irracionales y reemplazarlos por otros más racionales que permitan al sujeto lograr con más eficacia metas del tipo personal. El Objetivo: es alterar el sistema de creencias para generar una nueva filosofía de la vida. Considera que "no son los acontecimientos los que nos perturban, sino nuestra interpretación que hacemos de los mismos"; por ello pretende ayudar a los hombres y a las mujeres a conseguir pensamientos racionales y constructivos respecto a los acontecimientos, mediante el análisis y la reflexión sobre pensamientos y creencias irracionales.

Autoestima de Hombres y Mujeres: La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. La importancia de la autoestima está en que se refiere al sentido a la valía personal. Por lo tanto, puede afectar la manera de estar y actuar en el mundo y de relacionarnos con los demás. Por este motivo, el mantenimiento de una Autoestima positiva tanto en hombres como en mujeres es una tarea fundamental.

Definición Operacional

CATEGORÍAS	INDICADORES	VALORACIÓN	TÉCNICA
VARIABLE DEPENDIENTE Autoestima de hombres Autoestima de mujeres <ul style="list-style-type: none"> • Auto-observación • Cambio y control de creencias irracionales y pensamientos. • Enfrentar situaciones sociales con seguridad. • Responsabilidad personal • Sinceridad • Capacidad de tomar decisiones • Auto-concepto positivo 	-Autoestima es baja. -Autoestima es normal. -Autoestima es buena y alta.	0 a 25 26 a 29 30 a 40	Test de Rose nberg para medir el Autoestima

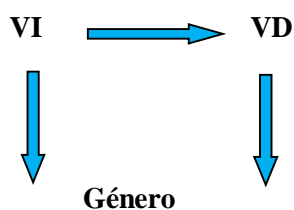
CATEGORÍAS	INDICADORES	VALORACIÓN	TÉCNICA
VARIABLE INDEPENDIENTE Terapia Racional Emotiva: <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de sí mismo • Resolución de conflictos • Toma de decisiones 	-FODA personal -Identificación de Pensamientos Automáticos y Creencias Irracionales - Orientación hacia el problema -Definición y formulación del problema -Generación de alternativas -Toma de decisión -Ejecución -Asertividad -Sopesar alternativas -Comparar la adecuación -Agrupar por categorías -Eficiente / Eficaz -Ventaja / Desventaja -Aplicación -Identificación de Pensamientos Creencias Irracionales	Cuadro de Registro Cuadro de Registro Cuadro de Registro	Reestructuración Cognitiva

<ul style="list-style-type: none"> • Modificación Ideas irracionales y pensamientos automáticos 	-Cambio y control de creencias irracionales y pensamientos. -Enfrentar situaciones sociales con seguridad. -Responsabilidad personal -Sinceridad -Capacidad de tomar decisiones -Auto-concepto positivo	0 a 25 26 a 29 30 a 40	Test de Rosenberg para medir el Autoestima Auto-registro
--	--	------------------------------	--

Tipo y diseño de la investigación

Tipo: La investigación realizada es de tipo:

CUANTITATIVO	Porque se midió la relación entre variables (Variable Independiente, Variables Dependientes y Variables Intervinientes).
NO EXPERIMENTAL	Porque no se hizo variar intencionalmente la Variable Independiente. Se observó.
TRANSVERSAL	Porque el estudio se realizó en un tiempo determinado; estos es: del 03 de Septiembre al 16 de Noviembre de 2012.



Diseño.

Posterior a la revisión y análisis de la investigación; con la autorización del Tutor se ubicó al presente trabajo de diseño Descriptivo; porque describe a personas (Estudiantes) en un elemento de su personalidad (Baja Autoestima) y se vuelve a describir luego de haber desarrollado con ellos un Programa Terapéutico (Terapia Racional Emotiva) considerando cambios.

MARCO TEÓRICO

La presente investigación se desarrolla desde la “Orientación Cognitiva” especialmente desde el “modelo de Albert Ellis”, quien otorga importancia a la interacción del pensamiento del individuo sobre sus emociones, conducta, biología y aprendizaje. Se consideran esenciales los pensamientos automáticos, ideas irracionales y distorsiones cognitivas que influyen en el nivel de Autoestima, misma que tiene relación con el estilo de adaptación del individuo a las distintas situaciones vitales; en particular, en el ingreso a la vida universitaria y todo su proceso de transición. Además es comprobado y debemos aceptar que existen diferencias de género en las cogniciones, es decir, en la organización funcional del cerebro de hombres y mujeres. Ludus Vitalis, (2006).

Las diferencias a considerar entre hombres y mujeres se refieren a algunos procesos cognitivos básicos, como las tareas de percepción, atención, expresión verbal, interpretación; elementos directamente relacionados con los pensamientos automáticos, ideas irracionales y distorsiones cognitivas.

CAPÍTULO I

Seguidamente, se exponen las bases teóricas de la Investigación, las cuales se desarrollan alrededor de los tópicos referidos a: Estudios sobre la Autoestima, Autoestima de hombres y mujeres, Baja Autoestima y Proceso Terapéutico para la BajaAutoestima; como elementos esenciales en este trabajo.

1. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DE LA AUTOESTIMA.

La autoestima, como vivenciapsíquica, ha acompañado al ser humano desde sus comienzos El constructo psicológico de autoestima (o auto-concepto) se remonta a William James, a finales del siglo XIX, quien, en su obra Los Principios de la Psicología, estudiaba el desdoblamiento de nuestro «Yo-global» en un «Yo-conocedor» y un «Yo-conocido». Según James, de este desdoblamiento, del cual todos somos conscientes en mayor o menor grado, nace la autoestima

Ya entrado el siglo XX, la influencia inicial de la psicología conductista minimizó el estudio introspectivo de los procesos mentales, las emociones y los sentimientos, reemplazándolo por el estudio objetivo mediante métodos experimentales de los comportamientos observados en relación con el medio. El conductismo situaba al ser humano como un animal sujeto a reforzadores, y sugería situar a la propia psicología como una ciencia experimental similar a la química o a la biología. Como consecuencia, se descuidó durante bastante tiempo el estudio sistemático de la autoestima, que era considerada una hipótesis poco susceptible de medición rigurosa.

A mediados del siglo XX, y con la psicología fenomenológica y la psicoterapia humanista, la autoestima volvió a cobrar protagonismo y tomó un lugar central en la autorrealización personal y en el tratamiento de los trastornos psíquicos. Se empezó a contemplar la satisfacción personal y el tratamiento psicoterapéutico, y se hizo posible la introducción de nuevos elementos que ayudaban a comprender los motivos por los que las personas tienden a sentirse poco valiosas, desmotivadas e incapaces de emprender por ellas mismas desafíos.

Carl Rogers, máximo exponente de la psicología humanista, expuso su teoría acerca de la aceptación y auto-aceptación incondicional como la mejor forma de mejorar la autoestima.

1.1. Qué es el Autoestima.

Robert B. Burns considera que la autoestima es el conjunto de las actitudes del individuo hacia sí mismo. El ser humano se percibe a nivel sensorial; piensa sobre sí mismo y sobre sus comportamientos; se evalúa y los evalúa. Consecuentemente, siente emociones relacionadas consigo mismo. Todo ello evoca en él tendencias conductuales dirigidas hacia sí mismo, hacia su forma de ser y de comportarse, y hacia los rasgos de su cuerpo y de su carácter, y ello configura las actitudes que, globalmente, llamamos autoestima. Por lo tanto, la autoestima, para Burns, en sus propias palabras: «la conducta del individuo es el resultado de la interpretación peculiar de su medio, cuyo foco es el sí mismo»

Investigadores como Coopersmith (1967), Brinkman et al. (1989), López y Schnitzler (1983), Rosenberg y Collarte, si bien exponen conceptualizaciones de la autoestima diferentes entre sí, coinciden en

algunos puntos básicos, como que la autoestima es relevante para la vida del ser humano y que constituye un factor importante para el ajuste emocional, cognitivo y práctico de la persona. Agrupando las aportaciones de los autores citados, se obtendría una definición conjunta como la siguiente:

La autoestima es una competencia específica de carácter socio-afectivo que constituye una de las bases mediante las cuales el sujeto realiza o modifica sus acciones. Se expresa en el individuo a través de un proceso psicológico complejo que involucra a la percepción, la imagen, la estima y el auto-concepto que éste tiene de sí mismo. En este proceso, la toma de conciencia de la valía personal se va construyendo y reconstruyendo durante toda la vida, tanto a través de las experiencias vivenciales del sujeto, como de la interacción que éste tiene con los demás y con el ambiente.

Al respecto, Rosenberg (1996), señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo.

Por su parte, Dunn (1996), afirma que la autoestima es la energía que coordina, organiza e integra todos los aprendizajes realizados por el individuo a través de contactos sucesivos, conformando una totalidad que se denomina “sí mismo”. El “sí mismo” es el primer subsistema flexible y variante con la necesidad del momento y las realidades contextuales (citado por Barroso, 2000).

Así mismo, Coopersmith (1996), sostiene que la autoestima es la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo. Esta autoestima se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación que refleja el grado en el cual el individuo cree en sí mismo para ser capaz, productivo, importante y digno. Por tanto, la autoestima implica un juicio personal de la dignidad que es expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo. Agrega el autor, que la autoestima resulta de una experiencia subjetiva que el individuo transmite a otros a través de reportes verbales y otras conductas expresadas en forma evidente que reflejan la extensión en la cual el individuo se cree, significativo, exitoso y valioso, por lo cual implica un juicio personal de su valía.

McKay y Fanning (1999), la autoestima se refiere al concepto que se tiene la propia valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre sí mismo ha recabado el individuo durante su vida. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos, se conjuntan en un sentimiento positivo hacia sí mismo o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que se espera. Para los autores, uno de los principales factores que diferencian al ser humano de los demás animales es la consciencia de sí mismo; es decir, la capacidad de establecer una identidad y darle un valor. En otras palabras, el individuo tiene la capacidad de definir quién eres y luego decidir si te gusta o no tu identidad. El problema de la autoestima está en la capacidad humana de juicio. El juzgarse y rechazarse a sí mismo produce un enorme dolor, dañando considerablemente las estructuras psicológicas que literalmente le mantienen vivo.

Barroso (2000), asevera que la autoestima es una energía que existe en el organismo vivo, cualitativamente diferente que organiza, integra, cohesiona, unifica y direcciona todo el sistema de contactos que se realizan en el sí mismo del individuo.

Del mismo modo, Corkille (2001), apoya lo antes mencionado indicando que la autoestima constituye lo que cada persona siente por sí mismo, su juicio general y la medida en que le agrada su propia persona, coincidiendo con lo planteado por Mussen, Conger y Kagan (2000), quienes afirman que la autoestima se define en término de juicios que los individuos hacen acerca de su persona y las actitudes que adoptan respecto a sí mismos.

También Craighead, McHale y Pope (2001), coinciden con lo planteado al indicar que la autoestima es una evaluación de la información contenida en el auto-concepto y que deriva los sentimientos acerca de sí mismo. Por tanto, la autoestima está basada en la combinación de información objetiva acerca de sí mismo y una evaluación subjetiva de esta información.

Rice (2000) La Autoestima de una persona es la consideración que tiene hacia sí misma, ha sido denominada como el vestigio del alma y que además es el ingrediente que proporciona dignidad a la existencia humana

1.2. Importancia de la Autoestima.

Al analizar la autoestima y su importancia para el individuo, McKay y Fanning (1999), exponen que el auto-concepto y la autoestima juegan un importante papel en la vida de las personas. Tener un auto-concepto y una autoestima positivos es de la mayor importancia para la vida personal, profesional y social. El auto-concepto favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco de referencia desde el que interpreta la realidad externa y las propias experiencias, influye en el rendimiento, condiciona las expectativas y la motivación y contribuye a la salud y equilibrio psíquicos. Por lo tanto, la autoestima es la clave del éxito o del fracaso para comprendernos y comprender a los demás y es requisito fundamental para una vida plena. La autoestima es la reputación que se tiene de sí mismo. Tiene dos componentes: sentimientos de capacidad personal y sentimientos de valía personal. En otras palabras, la autoestima es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo. Es un reflejo del juicio que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (comprender y superar problemas) y de su derecho de ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades). Es sentirse apto, capaz y valioso para resolver los problemas cotidianos. De ahí, la importancia de un autoconocimiento sensato y autocrítico para poder reconocer tanto lo positivo como lo negativo de los rasgos del carácter y conducta. La autoestima es importante en todas las épocas de la vida, pero lo es de manera especial en la época formativa de la infancia y de la adolescencia, en el hogar y en el aula. Sin embargo, hay algo que va más allá del aprecio de lo positivo y de la aceptación de lo negativo, sin lo cual la autoestima se desmoronaría. Se trata de la aceptación del siguiente principio, reconocido por todos los psicoterapeutas humanistas, donde se indica que todo ser humano, sin excepción, por el mero hecho de serlo, es digno del respeto incondicional de los demás y de sí mismo y merece que lo estimen y que él mismo se estime. Una de las influencias más poderosas para el desarrollo de la autoestima es la educación proveniente de los padres y educadores. De los múltiples mensajes enviados por ambos y que ejercen un efecto sumamente nocivo para los jóvenes se encuentra el mensaje de: “No eres lo suficientemente bueno”, en donde se les deja ver que tienen posibilidades pero que éstas son inaceptables.

La autoestima es un importante elemento psicológico, por lo cual, ha sido definida por diversos autores. Wilber (1995), señala que la autoestima está vinculada con las características propias del individuo,

el cual hace una valoración de sus atributos y configura una autoestima positiva o negativa, dependiendo de los niveles de consciencia que exprese sobre sí mismo.

El autor indica que la autoestima es base para el desarrollo humano. Indica que el avance en el nivel de conciencia no sólo permite nuevas miradas del mundo y de sí mismos, sino que impulsa a realizar acciones creativas y transformadoras, impulso que para ser eficaz exige saber cómo enfrentar las amenazas que acechan así como materializar las aspiraciones que nos motivan.

Esta necesidad de aprendizaje aumenta en la misma proporción que lo hacen los desafíos a enfrentar, entre los cuales sobresale la necesidad de defender la continuidad de la vida a través de un desarrollo equitativo, humano y sustentable. En el campo de la psicología trans-personal, el principio de diferenciación de los demás es continuo, de todo tipo de tendencia pre-personal, porque con respecto a sí mismo afecta virtualmente en forma decisiva todos los aspectos de la experiencia, desde la manera en que funciona en el trabajo, el amor o el sexo, hasta el actual proceder como padres y las posibilidades que tienen de progresar en la vida. Las respuestas ante los acontecimientos dependen de quién y qué se piensa de sí mismos. Los dramas de la vida son los reflejos de la visión íntima que el individuo posee de sí mismo. Por lo tanto, la autoestima es la clave del éxito o del fracaso. Los mismos autores, indican también que la autoestima es la clave para comprenderse a sí mismos y comprender a los demás. Aparte de los problemas de origen biológico, no se conoce una sola dificultad psicológica –desde la angustia y la depresión, el miedo a la intimidad o al éxito, el abuso del alcohol o de las drogas, el bajo rendimiento en el estudio o en el trabajo, hasta los malos tratos a las mujeres o la violación de menores, las disyunciones sexuales o la inmadurez emocional, pasando por el suicidio o los crímenes violentos–, que no sea atribuye a una estima deficiente. De todos los juicios a que el individuo se somete, ninguno es tan importante como el propio. La autoestima positiva es el requisito fundamental para una vida plena.

1.2.1 Importancia del Aprecio Positivo Incondicional

Respecto al aprecio positivo incondicional, Rogers y Russell (2002), afirman que una persona sana y bien desarrollada, percibe todo su ser de un modo positivo, y no está preocupada por acciones o reconocimientos puntuales. Con el fin de lograr este nivel de desarrollo, se requiere de un clima de aprecio positivo incondicional, es decir, un ambiente en el que las personas se sientan valoradas ampliamente con independencia de que sus comportamientos específicos puedan ser aprobados o rechazados. De acuerdo a este principio, se critican o reprueban las acciones y no las personas.

Quizás la creencia auto-derrotista más común que perturba a la gente es su convicción de que son despreciables, personas inadecuadas que esencialmente son in-merecedoras de su auto-aprecio y felicidad. Esta negativa autoevaluación puede ser rebatida de varias formas, tal como darse a uno mismo el aprecio positivo incondicional (Rogers y Russell, 2002), mostrándoles aprobación de forma directa o, de otra forma, ejerciendo una terapia de apoyo.

En las familias que se forman y desarrollan con una autoestima sana, la forma de funcionamiento de sus miembros tiene características particulares. En este contexto grupal, las reglas están claras, sus miembros las adoptan como faro de mar para transitar con certeza por las aguas de la vida, aunque se muestran dispuestos a revisarlas e incluso a modificarlas si acaso éstas llegan a quedar desactualizadas y dejan de guiarlos a puerto

seguro. No se siguen parámetros automáticamente, sólo por el hecho de que los abuelos o los tíos así lo hayan hecho. Hay disposición a buscar lo que conviene a las necesidades de todos los integrantes.

Explican los autores que la comunicación es abierta, por lo que está permitido expresar los sentimientos directamente, sin el temor de parecer ridículos, cursis o de recibir una cruda represalia. La interacción se basa en el amor más que en el poder, por lo que emociones como la rabia, la tristeza o el miedo, tienen cabida y son respetadas siempre que se expresen adecuadamente con la intención de encontrar soluciones, y no de manera irresponsable y anárquica, como simple catarsis. En la familia autoestimada quienes dirigen se afanan en comprender en vez de escapar por las puertas oscuras de la crítica, la queja estéril y la acusación ciega.

Para Rogers y Russell (2002), cada quien debe elegir, en algún momento, el sabor del agua que desea beber, lo cual es síntoma inicial de verdadera madurez. Cuando los objetivos son comunicados adecuadamente, satisfacen las necesidades reales del grupo y logran ser comprendidos, todos se sienten motivados para involucrarse sin traumas; se benefician, aprenden y crecen a través del apoyo mutuo. La forma de proceder de la familia autoestimada es nutritiva porque se orienta a partir del deseo de ganar y no del miedo a perder.

Si se entiende el proceso terapéutico como una relación de persona a persona, también es evidente que en este enfoque las técnicas no ocupan un lugar importante ya que el centro del proceso es ocupado por el cliente y por la relación que establece con el terapeuta o facilitador.

En este sentido, Rogers y Russell (2002), agregan que el aprecio positivo incondicional implica la aceptación cálida de cada uno de los miembros de la familia. Aceptación que no está condicionada por la simpatía, el avance terapéutico o la identificación emocional. La aceptación es de la persona o de la familia en su totalidad.

La actitud de aprecio y aceptación facilita el que la persona pueda verse más claramente, sin las complicaciones propias que generan las conductas desagradables o que no se reconocen como parte del self. Cabría retomar algunas de las preguntas que Rogers y Russell (2002), formulan en cuanto a la persona del terapeuta y a la forma en que entra en relación con el cliente:

- a)** ¿Cómo puedo ser para que el otro me perciba como una persona digna de fe, coherente y segura, en un sentido profundo?
- b)** ¿Puedo ser lo suficientemente expresivo como persona, de manera tal que pueda comunicar lo que soy sin ambigüedades?
- c)** ¿Puedo permitirme experimentar actitudes positivas hacia esta otra persona: actitudes de calidez, cuidado, agrado, interés, respeto?

Rogers y Russell (2002), sostienen que el aprecio del terapeuta facilita también una mayor integración de la persona en el sentido de un reconocimiento, aceptación y amor hacia toda la complejidad del ser del cliente. Tal vez lo más interesante es que, precisamente porque el cliente se siente aceptado y amado tal como es, aprende gradualmente a amar cada una de las partes de sí mismo, incluyendo las repugnantes o las que no se asumían como propias y se proyectaban en los demás.

En el caso del trabajo terapéutico en la familia, el facilitador debe ser capaz de poder establecer esta relación de aprecio positivo incondicional con cada uno de los miembros. Es esta capacidad de aceptar y respetar por igual a todos los miembros de la familia, lo que genera una introyección gradual de esta relación aceptante y cálida, situación que también viene a debilitar los introyectos devaluatorios, culpabilizan o humillan y que la persona ha cargado como condiciones de valor.

1.3. Adolescentes y Formación de la Autoestima.

La autoestima es uno de los pilares fundamentales sobre el que se construye la personalidad desde la infancia, y uno de los más potentes predictores del grado de ajuste psicológico durante la adolescencia y la adultez (DuBois, Bull, Sherman, y Roberts, 1998). La autoestima es un rasgo dinámico y sujeto a cambios (Baldwin y Hoffmann, 2002), que se ve influido por las experiencias a las que las personas nos vemos expuestas. Teniendo en cuenta que la adolescencia es un periodo en el que chicas y chicos deberán hacer frente a importantes cambios y resolver distintas tareas evolutivas (Havighurst, 1972), es de esperar que su nivel de autoestima experimente cambios y fluctuaciones. Los estudios que han analizado la evolución de la autoestima durante la adolescencia no han aportado datos concluyentes. Algunas investigaciones coinciden en encontrar un decremento en la autoestima durante la adolescencia inicial, que tiende a recuperarse a lo largo de la adolescencia media y tardía (Rosenberg, 1986; Savin-Williams y Demo, 1984). Probablemente, de los tres periodos en los que la mayoría de los autores segmentan la adolescencia (Havighurst, 1972; Steinberg, 2002), la etapa inicial sea la que incluya más cambios y tareas evolutivas -aceptar los cambios físicos asociados a la pubertad, desvincularse de los padres, pasar de primaria a secundaria por lo que es razonable que sea en la adolescencia inicial cuando se encuentren los niveles más bajos de autoestima. Cuando estos mismos adolescentes vayan ganando en autonomía, libertad, responsabilidad y acepten su nueva apariencia física, los niveles de autoestima mejorarán (Hart, Fegley y Brengelman, 1993). Otros trabajos, por el contrario, señalan que la evolución de la autoestima depende de diferencias individuales, ya que mientras que en determinados chicos y chicas su autoestima permanece estable durante la adolescencia, para otros sufre más fluctuaciones (Baldwin y Hoffmann, 2002; Deihl, Vicary y Deike, 1997). Al mismo tiempo, otras investigaciones destacan la importancia del dominio específico en el que el adolescente se valore (Bolognini, Plancherel, Bettschart y Halfon, 1996; Harter, Waters y Whitesell, 1998). Parece que en este momento, determinados aspectos cobran una gran importancia para la valoración que el adolescente hace de su persona, así por ejemplo, la apariencia física se convierte en un aspecto central de la autoestima en estos años, sobre todo durante la adolescencia inicial y especialmente para las chicas.

McKay y Fanning (1999), agregan que la autoestima se encuentra estrechamente ligada con la aceptación incondicional del individuo y con el ejercicio de sus aptitudes, ya que ambas son fuentes de estímulo.

Respecto a la formación de la autoestima. Wilber (1995), refiere que el concepto del yo y de la autoestima, se desarrollan gradualmente durante toda la vida, empezando en la infancia y pasando por diversas etapas de progresiva complejidad. Cada etapa aporta impresiones, sentimientos, e incluso, complicados razonamientos sobre el Yo. El resultado es un sentimiento generalizado de valía o de incapacidad.

Para desarrollar la autoestima en todos los niveles de la actividad, se necesita tener una actitud de confianza frente a sí mismo y actuar con seguridad frente a terceros, ser abiertos y flexible, valorar a los demás

y aceptarlos como son; ser capaz de ser autónomo en sus decisiones, tener comunicación clara y directa, tener una actitud empática, es decir, capaz de conectarse con las necesidades de sus congéneres, asumir actitudes de compromiso, ser optimista en sus actividades.

Explica el autor que, la autoestima se construye diariamente con el espíritu alerta y la interacción con las personas que rodean al individuo, con las que trata o tiene que dirigir. La autoestima es muy útil para enfrentar la vida con seguridad y confianza. Un aspecto central para el desarrollo de la autoestima, es el conocimiento de sí mismo. Cuanto más se conoce el individuo, es más posible querer y aceptar los valores. Si bien las metas son básicas para darle un sentido a la vida, ellas tienen costos en esfuerzo, fatiga, desgaste, frustración, pero también en maduración, logros y satisfacción personal.

Cuando se tiene contacto con personas equilibradas, constructivas, honestas y constantes, es más probable que se desarrolle una personalidad sana, de actitudes positivas que permitan desarrollarse con mayores posibilidades de éxito, aumentando la autoestima.

Por su parte, Coopersmith (1996), señala que el proceso de formación de la autoestima se inicia a los seis meses del nacimiento, cuando el individuo comienza a distinguir su cuerpo como un todo absoluto diferente del ambiente que lo rodea. Explica que en este momento se comienza a elaborar el concepto de objeto, iniciando su concepto de sí mismo, a través de las experiencias y exploraciones de su cuerpo, del ambiente que le rodea y de las personas que están cerca de él.

Explica el autor que las experiencias continúan, y en este proceso de aprendizaje, el individuo consolida su propio concepto, distingue su nombre de los restantes y reacciona ante él. Entre los tres y cinco años, el individuo se torna egocéntrico, puesto que piensa que el mundo gira en torno a él y sus necesidades, lo que implica el desarrollo del concepto de posesión, relacionado con la autoestima. Durante este período, las experiencias provistas por los padres y la forma de ejercer su autoridad, así como la manera como establecen las relaciones de independencia son esenciales para que el individuo adquiera las habilidades de interrelacionarse contribuyendo en la formación de la autoestima, por lo cual, los padres deberán ofrecer al individuo vivencias gratificantes que contribuyan con su ajuste personal y social para lograr beneficios a nivel de la autoestima.

Explica Coopersmith (1996), que la primera infancia inicia y consolida las habilidades de socialización, ampliamente ligadas al desarrollo de la autoestima; puesto que muestra las oportunidades de comunicarse con otras personas de manera directa y continua. Por tanto, si el ambiente que rodea al individuo es un mundo de paz y aceptación, seguramente el individuo conseguirá seguridad, integración y armonía interior, lo cual constituirá la base del desarrollo de la autoestima.

Agrega el mismo autor que, la historia del sujeto en relación con el trato respetuoso que ha recibido, el status, las relaciones interpersonales, la comunicación y el afecto que recibe son elementos que connotan el proceso de formación de la autoestima y hacen que el individuo dirija sus percepciones de manera ajustada o desajustada caracterizando el comportamiento de esta variable.

McKay y Fanning (1999), señalan que el punto de partida para que un niño disfrute de la vida, inicie y mantenga relaciones positivas con los demás, sea autónomo y capaz de aprender, se encuentra en la valía

personal de sí mismo o autoestima. La comprensión que el individuo logra de sí mismo –por ejemplo, de que es sociable, eficiente y flexible–, está en asociación con una o más emociones respecto de tales atributos.

A partir de una determinada edad (3 a 5 años), el niño recibe opiniones, apreciaciones y, –por qué no decirlo–, críticas, a veces destructivas o infundadas, acerca de su persona o de sus actuaciones. Su primer bosquejo de quién es él proviene, entonces, desde afuera, de la realidad intersubjetiva. No obstante, durante la infancia, los niños no pueden hacer la distinción de objetividad y subjetividad. Todo lo que oyen acerca de sí mismos y del mundo constituye realidad única

McKay y Fanning (1999), sostienen que la conformación de la autoestima se inicia con estos primeros esbozos que el niño recibe, principalmente, de las figuras de apego, las más significativas a su temprana edad. La opinión “niño maleducado” si es dicha por los padres en forma recurrente, indiscriminada y se acompaña de gestos que enfatizan la descalificación, tendrá una profunda resonancia en la identidad del pequeño.

En la composición de la valía personal o autoestima hay un aspecto fundamental que dice relación con los afectos o emociones. Resulta que el menor se siente más o menos confortable con la imagen de sí mismo. Puede agradarle, sentir miedo, experimentar rabia o entristecerlo, pero en definitiva y, sea cual sea, presentará automáticamente una respuesta emocional congruente con esa percepción de sí mismo. Tal es el componente de “valía”, “valoración” o “estimación” propia. Los mismos autores revelan que en forma muy rudimentaria, el niño está consciente de poseer quíeralo o no, un determinado carácter o personalidad, y eso no pasa inadvertido, le provoca una sensación de mayor o menor discomfort. Inclusive, es más factible que él identifique muy claramente el desagrado que le provoca el saberse “tímido”, sin tener clara idea de qué significa exactamente eso. Sólo sabe que no le gusta o que es malo.

Sólo en la adolescencia, a partir de los 11 años aproximadamente, con la instauración del pensamiento formal, el joven podrá conceptualizar su sensación de placer o displacer, adoptando una actitud de distancia respecto de lo que experimenta, testeando la fidelidad de los rasgos que él mismo, sus padres o su familia le han conferido de su imagen personal.

McKay y Fanning (1999), explican que siendo la identidad un tema central de esta etapa, el adolescente explorará quién es y querrá responderse en forma consciente a preguntas sobre su futuro y su lugar en el mundo. La crisis emergente tendrá un efecto devastador si el joven ha llegado hasta aquí con una deficiente o baja valoración personal. La obtención de una valoración positiva de sí mismo, que opera en forma automática e inconsciente, permite en el niño un desarrollo psicológico sano, en armonía con su medio circundante y, en especial, en su relación con los demás. En la situación contraria, el adolescente no hallará un terreno propicio –el concerniente a su afectividad– para aprender, enriquecer sus relaciones y asumir mayores responsabilidades. Por tanto, las personas más cercanas afectivamente al individuo (padres, familiares, profesores o amigos), son las que más influyen y potencian/dificultan la autoestima. Dependerá de los sentimientos y expectativas de la persona a la que se siente ligado afectivamente el individuo. Si los sentimientos son positivos, el niño recibirá un mensaje que le agradará, se sentirá bien, y como consecuencia, le ayudará a aumentar la autoestima. Si los sentimientos son negativos, la sensación que el individuo percibe le causará dolor, y en definitiva, provocará rechazo a su propia persona y, por tanto, el descenso de su autoestima.

Por su parte, Craighead, McHale y Pope (2001), afirman que la autoestima se forma a consecuencia del auto-concepto y autocontrol. Explican los autores que el auto-concepto abarca las ideas que el individuo desarrolla acerca de lo que es realmente. Estas ideas se forman de acuerdo con las experiencias que tienen con las personas que les rodean; es decir, cómo son tratados por ellos y en función de esto comienzan a comportarse. Por ello, la retroalimentación que reciben de los padres es un factor esencial en el proceso de la formación del auto-concepto y por ende, de la autoestima. Agregan los mismos autores que, el proceso de formación del auto-concepto no resulta siempre en una autoimagen positiva o negativa; todo ello dependerá de factores tales como el proceso de identificación, madurez del individuo y el desarrollo corporal, espiritual y moral. A medida que el individuo se va desarrollando, comienza a entender que él es diferente a otros y reconocen cuáles son sus cualidades y limitaciones. En los años escolares, los niños se orientan más por las opiniones y perspectivas que los demás tienen alrededor de ellos, pero incrementan al mismo tiempo las nociones de comparación con los demás restantes.

Explican Craighead, McHale y Pope (2001), que no todos los individuos desarrollan las habilidades cognitivas que afectan el auto-concepto a la misma velocidad, puesto que la habilidad para pensar de forma abstracta puede desarrollarse a lo largo de la disposición de utilizar más conceptos diferenciados.

En relación al autocontrol, los mismos autores expresan que los individuos aprenden a dirigir su propio comportamiento como parte fundamental del desarrollo. La mayoría de los padres están de acuerdo que una característica que más les importa es cómo el individuo regula su conducta.

El desarrollo del autocontrol parece estar relacionado con la autoestima tanto directa como indirectamente, puesto que algunos estudios han demostrado que los individuos con alta autoestima tienen fuertes sentimientos de eficacia personal y de control propio. Este proceso de desarrollo del autocontrol abarca tres pasos fundamentales: el auto-monitoreo o convertirse en propio observador, la autoevaluación o valoración del comportamiento y el auto-reforzamiento que abarca el sistema de recompensas; lo cual se produce a diferentes edades dependiendo de la capacidad y experiencias que tenga cada individuo.

En función de Craighead, McHeal y Pope (2001), afirman que las experiencias de la infancia, la interrelación con los padres y las oportunidades que tengan los individuos, son esenciales en el proceso de desarrollo del auto-concepto, del autocontrol, y por ende, de la autoestima. Coincidiendo con Coopersmith (1996), afirman que el comportamiento de los padres y otros adultos significantes, junto con el desarrollo de las competencias cognitivas, afectan la habilidad del individuo para controlar sus propias conductas y acciones. Por tanto, a causa de estos factores, se conforman las bases de la autoestima, razón por la cual el Psicólogo debe ser capaz de reconocer las áreas de funcionamiento social, cognitivo y emocional del individuo.

Walsh y Vaughan (1999), agregan que la autoestima puede desarrollarse convenientemente cuando los adolescentes experimentan positivamente cuatro aspectos o condiciones bien definidas:

1. Vinculación: resultado de la satisfacción que obtiene el joven al establecer vínculos que son importantes para él y que los demás también reconocen como importantes.
2. Singularidad: resultado del conocimiento y respeto que el joven siente por aquellas cualidades o atributos que le hacen especial o diferente, apoyado por el respeto y la aprobación que recibe de los demás por esas cualidades.
3. Poder: consecuencia de la disponibilidad de medios, de oportunidades y de capacidad en el joven para modificar las circunstancias de su vida de manera significativa.

4. Modelos o pautas: puntos de referencia que dotan al joven de los ejemplos adecuados, humanos, filosóficos y prácticos, que le sirven para establecer su escala de valores, sus objetivos, ideales y modales propios. Por tanto, la autoestima tiene además un importante valor preventivo en relación a conductas antisociales, tanto durante la infancia, adolescencia, como en las etapas posteriores de la vida. El joven con buena autoestima tiene muchas posibilidades de ser un adulto feliz y exitoso, ya que cuenta con un escudo psicológico que lo protege por toda la vida.

1.3.1. Bases de la Autoestima.

Las bases de la autoestima son los elementos fundamentales sobre las cuales surge y se apoya su desarrollo. Wilber (1995), al enfocar la autoestima refiere que la misma se apoya en tres (3) bases esenciales:

Aceptación total, incondicional y permanente: el joven es una persona única e irrepetible. Él tiene cualidades y defectos, pero tenemos que estar convencidos de que lo más importante es que capte el afán de superación y la ilusión de cubrir pequeños objetivos de mejora personal. Las cualidades son agradables de descubrir, los defectos pueden hacer perder la paz a muchos padres, pero se pueden llegar a corregir con paciencia, porque el adulto acepta totalmente la forma de ser del hijo, incondicionalmente y por siempre.

La serenidad y la estabilidad son consecuencia de la aceptación y, esto quiere decir, actuar independientemente de nuestro estado de ánimo.

Amor: ser testigo de amor constante y realista será la mejor ayuda para que los jóvenes logren una personalidad madura y estén motivados para rectificar cuando se equivoquen. Al amar siempre se deberá corregir la cosa mal hecha, ya que al avisar se da la posibilidad de rectificar y, en todo caso, siempre se debe censurar lo que está mal nunca la persona.

Valoración: elogiar el esfuerzo de nuestro joven hijo / alumno, siempre es más motivador para él, que hacerle constantemente recriminaciones. Ciertamente que a veces, ante las desobediencias o las malas respuestas, se pueden perder las formas, pero los mayores deben tener la voluntad de animar aunque estén cansados o preocupados; por esto, en caso de perder el control, lo mejor es observar, pensar y cuando se esté más tranquilo decir.

El individuo tiene procurar aceptarse y que con optimismo supere sus dificultades. De esta manera, conseguir que el niño sepa que se le ama por lo que es él y será capaz de desarrollar al máximo todas sus capacidades personales. Tenemos que decir lo que está bien, sin darle ningún calificativo a él.

McKay y Fanning (1999), señalan que las bases de la autoestima se encuentran en la educación recibida en la infancia y la adolescencia. Existe actualmente suficiente evidencia acerca de la importancia de su desarrollo en el contexto escolar y de su impacto en el rendimiento escolar de los alumnos.

La valoración de sí mismo que tiene cada persona es fundamental para poder alcanzar las metas que cada uno se propone durante las distintas etapas de su vida. Mientras más alta sea la autoestima de una persona, más posible le será llegar a ser quien desea ser en el futuro, si se esfuerza y trabaja por conseguirlo. En este sentido,

una buena autoestima favorece que la persona se sienta capaz, sienta que cuenta con los recursos para lograr esas metas.

Para los autores antes mencionados, aquellas personas que se enfrentan a los desafíos de la vida con una autoestima positiva pasan a tener un largo trayecto avanzado en cuanto a los logros que se plantean. Poseen una confianza en sus capacidades y un conocimiento de sí mismos que los lleva a elegir correctamente aquellas tareas en que son capaces de desempeñarse óptimamente, lo cual refuerza su convicción de que son personas competentes.

1.4. Características de la Autoestima.

Coopersmith (1996), afirma que existen diversas características de la autoestima, entre las cuales incluye que es relativamente estable en el tiempo. Esta característica incluye que la autoestima es susceptible de variar, pero esta variación no es fácil, dado que la misma es el resultado de la experiencia, por lo cual sólo otras experiencias pueden lograr cambiar la autoestima. Así mismo, explica el autor que la autoestima puede variar de acuerdo al sexo, la edad y otras condiciones que definen el rol sexual.

De lo anteriormente mencionado se desprende la segunda característica de la autoestima propuesta por Coopersmith (1996), que es su individualidad. Dado que la autoestima está vinculada a factores subjetivos, ésta es la resultante de las experiencias individuales de cada individuo, el cual es diferente a otros en toda su magnitud y expresión. La autoevaluación implícita en el reporte de la autoestima exige que el sujeto examine su rendimiento, sus capacidades y atributos, de acuerdo con estándares y valores personales, llegando a la decisión de su propia valía.

Este autor agrega que otra característica de la autoestima es que no es requisito indispensable que el individuo tenga consciencia de sus actitudes hacia sí mismo, pues igualmente las expresará a través de su voz, postura o gestos, y en definitiva, al sugerirle que aporte información sobre sí mismo, tenderá a evaluarse considerando las apreciaciones que tiene elaboradas sobre su persona.

También, Barroso (2000), afirma que la autoestima incluye unas características esenciales entre las cuales se encuentran que el grado en el cual el individuo cultiva la vida interior, se supera más allá de las limitaciones, valora al individuo y a los que le rodean, posee sentido del humor, está consciente de sus destrezas y limitaciones, posee consciencia ecológica, utiliza su propia información, posee sentido ético, establece límites y reglas, asume sus errores y maneja efectivamente sus sentimientos.

Así mismo, Craighead, McHale y Pope (2001), afirman que la autoestima presenta tres características o variables fundamentales, entre las cuales, se encuentra que es una descripción del comportamiento, una reacción al comportamiento y el conocimiento de los sentimientos del individuo.

Explican que en relación a la descripción del comportamiento, el lenguaje de la autoestima describe como el individuo se considera a sí mismo, siendo una importante variable de distinción entre los individuos, puesto que permite caracterizar la conducta.

En cuanto a la reacción al comportamiento, señalan que la autoestima es el lenguaje que comparte el individuo, acerca de sí mismo y permite asumir un comportamiento determinado sea o no conflictivo. Finalmente, en referencia al conocimiento de los sentimientos, agregan que el autoestima valida las experiencias del individuo y los hace sentir de un modo u otro, específico y diferenciado de los demás individuos.

1.5. Dimensiones de la Autoestima.

Coopersmith (1996), señala que los individuos presentan diversas formas y niveles perceptivos, así como diferencias en cuanto al patrón de acercamiento y de respuesta a los estímulos ambientales. Por ello, la autoestima presenta áreas dimensionales que caracterizan su amplitud y radio de acción. Entre ellas incluye las siguientes:

1. Autoestima Personal: consiste en la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo en relación con su imagen corporal y cualidades personales, considerando su capacidad, productividad, importancia y dignidad e implicando un juicio personal expresado en actitudes hacia sí mismo.
 2. Autoestima en el área académica: consiste en la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo en relación con su desempeño en el ámbito escolar, considerando su capacidad, productividad, importancia y dignidad, implicando un juicio personal expresado en actitudes hacia sí mismo.
 3. Autoestima en el área familiar: consiste en la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo en relación con sus interacciones en los miembros del grupo familiar, su capacidad, productividad, importancia y dignidad, implicando un juicio personal expresado en actitudes hacia sí mismo.
 4. Autoestima en el área social: consiste en la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo en relación con sus interacciones sociales, considerando su capacidad, productividad, importancia y dignidad, implicando un juicio personal expresado en actitudes hacia sí mismo.
- Por su parte, McKay y Fanning (1999), señalan que en la autoestima existe una valoración global acerca de sí mismo y del comportamiento de su yo. Hay dimensiones de la misma:

1. Dimensión Física. La de sentirse atractivo
2. Dimensión Social. Sentimiento de sentirse aceptado y de pertenecer a un grupo, ya sea empresarial, de servicio, entre otros.
3. Dimensión Afectiva. Auto-percepción de diferentes características de la personalidad.
4. Dimensión Académica. Enfrentar con éxito los estudios, carreras y la autovaloración de las capacidades intelectuales, inteligente, creativa, constante.
5. Dimensión Ética. Es la autorrealización de los valores y normas.

Estas dimensiones de la autoestima son compartidas por Craighead, McHale y Pope (2001), quienes afirman que la autoestima se observa en el área corporal cuando se determina el valor y el reconocimiento que el individuo hace de sus cualidades y aptitudes físicas, abarcando su apariencia y sus capacidades en relación al cuerpo. A nivel académico, abarca la evaluación que hace de sí mismo como estudiante y si conoce sus estándares para el logro académico.

A nivel social, incluye la valoración que el individuo hace su vida social y los sentimientos que tiene como amigo de otros, abarcando las necesidades sociales y su grado de satisfacción. A nivel familiar, refleja los sentimientos acerca de sí mismo como miembro de una familia, qué tan valioso se siente y la seguridad que profesa en cuanto al amor y respeto que tienen hacia él. Finalmente, la autoestima global refleja una

aproximación de sí mismo, y está basada en una evaluación de todas las partes de si mismo que configuran su opinión personal.

1.6. Grados o niveles de autoestima

Coopersmith (1996), afirma que la autoestima puede presentarse en tres niveles: alta, media o baja, que se evidencia porque las personas experimentan las mismas situaciones en forma notablemente diferente, dado que cuentan con expectativas diferentes sobre el futuro, reacciones afectivas y auto-concepto.

Explica el autor que estos niveles se diferencian entre sí dado que caracteriza el comportamiento de los individuos. Por ello:

Autoestima alta: las personas con autoestima alta son activas, expresivas, con éxitos sociales y académicos, son líderes, no rehúyen al desacuerdo y se interesan por asuntos públicos.

También es característico de los individuos con alta autoestima, la baja destructividad al inicio de la niñez, les perturban los sentimientos de ansiedad, confían en sus propias percepciones, esperan que sus esfuerzos deriven el éxito, se acercan a otras personas con la expectativa de ser bien recibidas, consideran que el trabajo que realizan generalmente es de alta calidad, esperan realizar grandes trabajos en el futuro y son populares entre los individuos de su misma edad.

Autoestima media: Coopersmith (1996), dice que son personas que se caracterizan por presentar similitud con las que presentan alta autoestima, pero la evidencian en menor magnitud, y en otros casos, muestran conductas inadecuadas que reflejan dificultades en el auto-concepto. Sus conductas pueden ser positivas, tales como mostrarse optimistas y capaces de aceptar críticas, sin embargo, presentan tendencia a sentirse inseguros en las estimaciones de su valía personal y pueden depender de la aceptación social.

Por ello, se indica que los individuos con un nivel medio de autoestima presentan autoafirmaciones positivas más moderadas en su aprecio de la competencia, significación y expectativas, y es usual que sus declaraciones, conclusiones y opiniones en muchos aspectos, estén próximos a los de las personas con alta autoestima, aún cuando no bajo todo contexto y situación como sucede con éstos.

Autoestima baja: Finalmente, Coopersmith (1996), conceptualiza a las personas con un nivel de autoestima bajo como aquellos individuos que muestran desánimo, depresión, aislamiento, se sienten poco atractivos, así como incapaces de expresarse y defenderse pues sienten temor de provocar el enfado de los demás.

Agrega que estos individuos se consideran débiles para vencer sus deficiencias, permanecen aislados ante un grupo social determinado, son sensibles a la crítica, se encuentran preocupados por problemas internos, presentan dificultades para establecer relaciones amistosas, no están seguros de sus ideas, dudan de sus habilidades y consideran que los trabajos e ideas de los demás son mejores que las suyas.

Craighead, McHeal y Pope (2001), por su parte, coinciden con lo anteriormente señalado, afirmando que los individuos con alta autoestima, reflejan un auto-concepto positivo sobre su imagen corporal, así como en relación a sus habilidades académicas, familiares y sociales. Ello implica que los individuos con alta autoestima se muestren seguros, acertados, eficientes, capaces, dignos y demuestren estar en disposición para lograr las metas, resolviendo problemas y demostrando habilidades de comunicación.

Por tanto, un individuo que tiene una autoestima alta o positiva se evalúa a sí mismo de manera positiva y se siente bien acerca de sus puntos fuertes, demuestra autoconfianza y trabaja sobre su área débiles y es capaz de personarse a sí mismo cuando falla en algo acerca de sus objetivos.

En el caso contrario, explican los mismos autores, los individuos de autoestima baja, pueden exhibir una actitud positiva artificial hacia sí mismos y hacia el mundo, en un intento desesperado de hacer creer a otros y a sí mismo que es una persona adecuada. Por ello, pueden retraerse, evitando el contacto con otros, puesto que temen que más tarde o temprano los rechazarán. Un individuo con baja autoestima es esencialmente una persona que consigue muy pocas cosas o razones para sentirse orgullosa de sí misma. Entre las características de estos individuos se encuentran que se muestran retraídos, confusos, sumisos, con dificultades para identificar soluciones a las experiencias que se les presentan, lo cual los traduce en erráticos en algunas de sus conductas, todo lo cual refuerza sus problemas de auto-concepto y autocontrol, afectando así la autoestima.

1.7 Variables Psicológicas vinculadas a la Autoestima

Coopersmith (1996), afirma que existen diversos elementos o variables psicológicas que intervienen en la autoestima. Entre ellas menciona los valores como una variable importante, puesto que los valores se traducen en guías conductuales que promueven experiencias positivas o negativas que afectan la autoestima. Agrega el mismo autor, que la motivación al logro y la necesidad de logro también está vinculada a la autoestima, puesto que en los individuos que cuenten con una inclinación hacia la búsqueda de éxito, contará con experiencias positivas a nivel de metas, status y roles que le facilitarán un determinado desarrollo de la autoestima.

También Coopersmith (1996), resalta la importancia de las relaciones interpersonales, indicando que las relaciones con otros que implican las interacciones en términos de comunicación y respecto, influyen en la medida en que el individuo se valora a sí mismo en su relación con el entorno.

Finalmente, el autor destaca que también el comportamiento en general, incluyendo la tolerancia a la frustración afecta la autoestima, puesto que la manera de responder ante diversas situaciones puede constituir un factor importante que contribuya o limite la autoestima, pudiendo minimizar o maximizar la autoestima.

Barroso (2000), destaca como elemento esencial las variables psicológicas vinculadas a la familia. Explica el autor que el individuo no puede ser estudiado sin considerar la influencia que ejerce la familia, puesto que su impacto es definitivo, puesto que la familia es la experiencia más importante en la vida del hombre, cualitativamente diferente a cualquier otra experiencia.

Por su parte, Craighead, McHeal y Pope (2001), afirman que son múltiples los factores que influyen en la autoestima, destacando la acción de los padres y de las escuelas como elementos fundamentales. Explican que los padres son quienes refuerzan las características esenciales en los primeros años de vida y ofrecen las oportunidades a los individuos de aprender positivamente de su experiencia, reforzando en forma verbal y gestual todas las acciones que apoyan una autoestima positiva o negativa.

Del mismo modo, la institución educativa, es fundamental, por lo cual los sistemas educativos también se han visto envueltos en este importante rol y han comenzado a asumir la responsabilidad de enseñarles a los individuos que ellos son valiosos, para aumentar sus sentimientos de utilidad.

1.8 Lado Activo del Autoestima.

La autoestima, como la alegría o la felicidad, no se puede buscar directamente. Y menos todavía por la vía del engaño. McKay y Fanning (1999), indican que la autoestima es una consecuencia de poner ilusión

en lo que se hace y en hacerlo cada día mejor; de realizar con amor los propios deberes; de ser servicial con los demás; de ser buen compañero, buen hermano y buen amigo; de portarse bien con todos; de luchar diariamente contra los propios defectos; de empezar cada día. Explican los mismos autores que, la mayor y mejor autoestima es la autoestima merecida, la que se basa en logros reales, la que cada uno se gana con su propio esfuerzo. Si los padres y profesores enseñan a sus hijos o alumnos, desde las primeras edades, a esforzarse por ser un poco mejores cada día (desarrollo de virtudes) y por lograr la excelencia en todo (en los estudios, en la vida familiar, en la vida de amistad...), la autoestima vendrá sola. Por consiguiente, la verdadera autoestima se alimenta con la satisfacción que produce alcanzar nuevas metas por uno mismo. Es frecuente que cuando un niño o un adolescente obtienen con su esfuerzo personal, el resultado que buscaba, se encuentre orgulloso del logro. En cambio, los hijos sobreprotegidos jamás podrán tener esa experiencia tan gratificante y tan formativa. Cada vez que los mayores les resuelven la dificultad a la que se enfrentan, se hacen más inseguros y desvalidos.

Siguiendo las indicaciones, Castillo (2000), se puede indicar que la autoestima se desarrolla formando el carácter, educando la voluntad: hay que desarrollar en los hijos hábitos de esfuerzo, de trabajo bien hecho, de autodominio, de autodisciplina. Hay que favorecer la adquisición de virtudes como la fortaleza, la templanza, la paciencia y la perseverancia. También hay que animarles a que sean más abiertos y serviciales. Está comprobado que una de las mejores terapias de la autoestima es salir de sí mismo y tratar de ver las cosas como las ven los demás.

Para Castillo (2000), la caracterología que ofrece una persona con una autoestima desarrollada enfocada en crecer, es más o menos, la siguiente:

1. Consciencia. El autoestimado es la persona que todos pueden ser alguien que se ocupa de conocerse y saber cuál es su papel en el mundo. Su característica esencial es la consciencia que tiene de sí, de sus capacidades y potencialidades así como de sus limitaciones, las cuales tiende a aceptar sin negarlas, aunque o se concentra en ellas, salvo para buscar salidas más favorables. Como se conoce y se valora, trabaja en el cuidado de su cuerpo y vigila sus hábitos para evitar que aquellos que le perjudican puedan perpetuarse. Filtra sus pensamientos enfatizando los positivos, procura estar emocionalmente arriba, en la alegría y el entusiasmo, y cuando las situaciones le llevan a sentirse rabioso o triste expresa esos estados de la mejor manera posible sin esconderlos neuróticamente.

En el autoestimado el énfasis está puesto en darse cuenta de lo que piensa, siente, dice o hace, para adecuar sus manifestaciones a una forma de vivir que le beneficie y le beneficie a quienes le rodean, en vez de repetir como robot lo que aprendió en su ayer cuando era niño o adolescente. Esa consciencia de la autoestima, hace que el individuo se cuide, se preserve y no actúe hacia la autodestrucción física, mental, moral o de cualquier tipo. La gratitud es norma en la vida de quien se aprecia y se sabe bendito por los dones naturales que posee.

2. Confianza. Autoestima es también confianza en sí mismo en las fuerzas positivas con las que se cuenta para abordar el día a día. Esta confianza es la guía para el riesgo, para probar nuevos caminos y posibilidades; para ver alternativas en las circunstancias en que la mayoría no ve salida alguna; para usar la inteligencia y seguir adelante aunque no se tengan todas las respuestas. Esta es la característica que hace que el ser se exprese en terrenos desconocidos con fe y disposición de éxito. Cuando se confía en lo que se es, no se necesitan

justificaciones ni explicaciones para poder ser aceptado. Cuando surgen las diferencias de opinión, confiar en uno hace que las críticas se acepten y se les utilice para el crecimiento.

3.Responsabilidad. El que vive desde una autoestima fortalecida y en constante crecimiento, asume responsabilidad por su vida, sus actos y las consecuencias que éstos pueden generar. No busca culpables sino soluciones. Los problemas los convierte en un “cómo”, y en vez de compadecerse por no lograr lo que quiere, el autoestimado se planteará las posibles formas de obtenerlos. Responsabilidad es responder ante alguien, y ese alguien es, él mismo o Dios en caso de que su visión de la vida sea espiritual. Toma como regalo el poder influir en su destino y trabaja en ello. Quien vive en este estado no deja las cosas al azar, sino que promueve los resultados deseados y acepta de la mejor forma posible lo que suceda.

4. Coherencia. La autoestima permite al individuo vivir de manera coherente y nos impulsa a realizar el esfuerzo necesario para que nuestras palabras y actos tengan un mismo sentido. Aunque el autoestimado guste de hablar, sus actos hablarán por él tanto o más que sus palabras. No quiere traicionarse y se esmera en combatir y vencer sus contradicciones internas.

5.Expresividad. Los que viven confiados en su poder, aman la vida y lo demuestran en cada acto. No temen liberar su poder aunque puedan valorar la prudencia y respetar las reglas de cada contexto. Mostrar afecto, decir “te quiero”, halagar y tocar físicamente, son comportamientos naturales en quienes se estiman, ya que disfrutan de sí mismos y de su relación con las personas. La forma de vincularse es bastante libre y sin la típica cadena de prejuicios que atan culturalmente al desvalorizado. En esa expresividad, es seguro observar límites, ya que para expresarse no hay que invadir ni anular a nadie. La expresividad del autoestimado es consciente y natural, no inconsciente ni prefabricada.

6.Racionalidad. En el terreno de la autoestima se acepta lo espontáneo aunque el capricho es indeseable. La vida es vista como una oportunidad bastante especial como para no dejarla en manos de la suerte. De esta visión se deriva un respeto por la razón, el conocimiento y la certeza. Quien anda de manos del amor propio, no juega consigo, y por eso, valora el tiempo como recurso no renovable que es. Quien se respeta busca, sin compulsiones, alcanzar un mínimo control de su existencia y para eso usa su inteligencia y capacidad de discernimiento, confiando en lograr sus objetivos al menor costo. He allí, la consciencia de efectividad de la Autoestima.

7.Armonía. Autoestima es sí misma armonía, equilibrio, balance, ritmo y fluidez. Cuando existe valoración personal, también se valora a los demás, lo que favorece relaciones sanas y plenas medidas por la honestidad, la ausencia de conflicto y la aceptación de las diferencias individuales. Por ser la paz interna la máxima conquista de la autoestima, quienes están por ese camino hacen lo posible por armonizar y aminorar cualquier indicador de conflicto. Esta armonía interior ahuyenta la ansiedad y hace tolerable la soledad, vista a partir de un estado armónico de vida como un espacio de crecimiento interior, encuentro con uno mismo y regocijo.

8.Rumbo. El respeto hacia sí mismos y hacia la oportunidad de vivir engendra una intención de expresar el ser, de trascender, de lograr y de ser útil. Eso se hace más factible al definir un rumbo, un propósito, una línea de objetivos y metas, un plan para ofrendarlo a la existencia y decir “esto es lo que soy y esto es lo que ofrezco”. La vida es un don que se expresa a través de una misión y una vocación; descubrirlo es tarea de cada quien, y es únicamente en ese camino, donde hallaremos la plenitud y la alegría de vivir. No hacerlo, equivale a nadar en tierra o arar en mar. El rumbo es indispensable aunque podamos modificarlo, si se llegara a considerar necesario.

9.Autonomía. La autonomía tiene que ver con la independencia para pensar, decidir y actuar; con moverse en la existencia de acuerdo con las propias creencias, criterios y convicciones, en vez de cómo seguimiento del ritmo de quienes nos rodean. No se puede vivir para complacer expectativas de amigos, parientes o ideologías prestadas, mientras algo dentro de nosotros grita su desacuerdo y pide un cambio de dirección. El autoestimado busca y logra escucharse, conocerse, dirigirse y pelear sus propias batallas confiando en que tarde o temprano las ganará. No se recuesta en la aprobación, sino que mira hacia el interior donde latén sus auténticas necesidades, sin desdeñar lo que el mundo puede ofrecerle.

10.Verdad. El autoestimado siente respeto reverencial por la verdad, no la niega sino que la enfrenta y asume con sus consecuencias. Los hechos son los hechos, negarlos es un acto irresponsable que nos quita control sobre nuestra vida. Cuando se evade la verdad, comienza uno a creerse sus propias mentiras. No recuerdo quien fue la persona que dijo “no le temas tanto la verdad como para negarte a conocerla”.

11.Productividad. La productividad es un resultado lógico de la autoestima. Me refiero a una productividad equilibrada en las distintas áreas de la vida humana. No a la productividad meramente económica que suele ser causa de enormes distorsiones en las relaciones y en la salud. Esta productividad equilibrada es consecuencia de reconocer y utilizar los dones y talentos de manera efectiva. Iniciativa, creatividad, perseverancia, capacidad de relacionarse y otros factores asociados con una sana Autoestima posibilitan, al entrar en funcionamiento, la obtención de aquello que deseamos, o al menos de algo bastante cercano.

12.Perseverancia. Cuando alguien tiene confianza en sí mismo, es capaz de definir objetivos, trazar un rumbo, iniciar acciones para lograr esos objetivos y, además, desarrollar la capacidad para el esfuerzo sostenido, la convicción de que tarde o temprano verá el sueño realizado. La perseverancia es por eso característica clara de la persona autoestimada, para quien los eventos frustrantes son pruebas superables desde su conciencia creativa.

13.Flexibilidad. Es característica de la persona autoestimada aceptar las cosas como son y no como se le hubiese gustado que fueran. Ante la novedad, para no sufrir, es necesario flexibilizar nuestras creencias y adecuar nuestros deseos sin caer, claro está, en la resignación o la inacción. Flexibilidad implica abrirse a lo nuevo, aceptar las diferencias y lograr convivir con ellas; tomarse algunas cosas menos en serio, darse otras oportunidades y aprender a adaptarse. Todas éstas son manifestaciones de inteligencia, consciencia y respeto por el bienestar. Por tanto, se evidencia como la autoestima implica un crecimiento interno positivo, en el cual se desarrollan las destrezas psicológicas y sociales en el individuo, siendo importante considerar que el deseo de formar personas responsables y comprometidas implica desarrollar la autoestima.

1.9 Beneficios de la Autoestima

Son diversos los beneficios de la autoestima, en tanto se vinculan con los aportes que provee para el individuo que la posee en alto nivel.

Uno de los beneficios expuestos por McKay y Fanning (1999), es la salud mental. Explican los autores que una alta autoestima es el resultado deseado del proceso de desarrollo humano. Se ha vinculado con la salud mental a largo plazo y con el equilibrio emocional. Los individuos cuya autoestima no se ha desarrollado lo suficiente, manifiestan síntomas psicossomáticos de ansiedad.

Otro beneficio de la autoestima es la competencia interpersonal y el ajuste social. Se ha indicado según los autores antes señalados que, un pobre ajuste social que se relaciona con un bajo auto-concepto y una baja autoestima, se manifiestan en los niños y adolescentes de varias formas. No se les selecciona como líderes, no participan con frecuencia en clase, en clubes o en actividades sociales. No defienden sus propios derechos ni expresan sus opiniones.

Explican McKay y Fanning (1999), que otro beneficio de la autoestima es el rendimiento escolar, pues existen cada vez más datos que apoyan la teoría de que hay una correlación entre la autoestima y el rendimiento escolar. Los estudiantes con éxito tienen un mayor y mejor sentido de valía personal y se sienten mejor consigo mismos. La relación es recíproca, es decir, quienes han tenido una autoestima alta tienden a tener mayor rendimiento académico, y los que realizan su potencial académico tienen una mayor autoestima.

Los beneficios de la autoestima incluyen:

- 1.- un mayor control sobre los pensamientos, emociones e impulsos,
- 2.- un fomento de su responsabilidad sobre la vida y las consecuencias de sus actos,
- 3.- una mejora notable en la noción de los esquemas corporales al entrar en contacto con el cuerpo haciéndose consciente de sí mismo,
- 4.- una mejora en la estima hacia los demás miembros de su familia, compañeros de clase y amigos, y en general un aumento de la posibilidad de crecimiento y desarrollo personal.

1.10 ALBERT ELLIS y la Autoestima: (Pittsburgh 1913, Manhattan 2007).

Para fines de esta investigación, se considera como autor básico a Albert Ellis; Máster en Psicología Clínica, se doctoró en 1947, iniciando un análisis personal en el campo del Psicoanálisis. En Enero de 1953 abandonó el Psicoanálisis, y empezó a referirse a sí mismo como Terapeuta Racional.. Albert Ellis (1955) contribuyó al desarrollo de la teoría cognitivo conductual a partir de 1955 y formuló la terapia racional emotiva. Hoy en día, es considerado por la comunidad de psicólogos norteamericana como el padre de las terapias cognitivas conductuales y es uno de los psicoterapeutas más influyentes de la historia de la psicología contemporánea. Ellis fundó y fue presidente emérito del Albert Ellis Institute para la Vida Racional como una organización sin ánimo de lucro en Nueva York en 1959, puesto del que fue relevado en septiembre del 2005 por desavenencias de tipo político. En 2003, recibió un premio de la Asociación para la Terapia Racional-Emotiva Conductual (Reino Unido) por la formulación y el desarrollo de la TREC (1955).

1.10.1 Albert Ellis define la Autoestima

Dice: la Autoestima, implica una autoevaluación o "puntuación" sobre uno mismo, que se realiza por una escala de valores que se origina a partir de nuestros éxitos o fracasos con relación a metas o ideales y las opiniones (reales o supuestas) de otras personas, que son significativas sobre nosotros (1955). En éste sentido, una valoración errónea de la propia autoestima es una fuente importante de trastornos, ya sea por una sobrevaloración insostenible, ya sea debida a una desvalorización peligrosa desencadenada por fracasos o rechazos, que en definitiva es lo que constituye el elemento central de las depresiones y es el factor fundamental implicado en la ansiedad. Para Ellis, resulta irracional sentir baja autoestima porque "Nadie tiene éxito en todo

ni fracasa en todo y es imposible asignar un valor "general" a una persona como tal", "Lo apropiado es calificar a las acciones y no a las personas" y "La opinión de otros no puede modificar lo que realmente somos".

Propone por tanto como alternativa, el concepto de "auto-aceptación", que consiste en "un amor incondicional a nosotros mismos". La auto-aceptación consiste en querernos y valorarnos por el hecho de existir, sin calificarnos en ninguna escala de valores. "Tú valía como persona no depende de tus éxitos o fracasos, ni tampoco de que recibas o no el cariño de los demás". "Te gustaría conseguir lo que quieres, pero no hay motivos para 'exigir' que así sea. Puedes ser feliz, quizá no tanto como podrías serlo, incluso si no consigues las cosas que deseas". "Si a veces salen mal las cosas, no por eso eres un fracasado. Puedes llevar una vida razonablemente feliz, aunque no tan feliz como imaginas si tuvieras éxito". "Las valoraciones extremas, junto a los sentimientos que se derivan de ellas, son muy poco realistas y breves. ¡A no ser que te empeñes en que perduren!" "No conviene etiquetar las cosas como blancas o negras, sino hacer un esfuerzo para percibir las como blancas y negras a la vez. O como grises, rojas, azules, amarillas... Tener rasgos buenos o malos, no significa ser una buena o mala persona. Quien tiene tendencia a etiquetar a las personas que conoce, es probable que fomente su manía de valorarse en términos absolutistas".

CAPÍTULO II

2. AUTOESTIMA EN HOMBRES Y AUTOESTIMA EN MUJERES

(Usmiani y Daniluk, 1997). En este punto conviene señalar, que diferentes autores han encontrado relaciones significativas entre las autoestimas parciales referidas a dominios específicos y aquella de carácter más global (Harter, 1990). La importancia que cobra el aspecto físico a la hora de entender la autoestima en los primeros años de la adolescencia puede contribuir a explicar las diferencias de género que se han puesto de manifiesto; así las jóvenes tienen niveles de autoestima más bajos que sus compañeros varones (Block y Robins, 1993; Bolognini, et al, 1996; Chubb, Fertman y Ross, 1997). Así, el meta-análisis realizado por Kling, Hyde, Showers, y Buswell (1999) encuentra que, los jóvenes presentan niveles de autoestima ligeramente superiores a las jóvenes. ¿Por qué?... Kling señala los roles y estereotipos de género, que en nuestra sociedad hacen que la confianza en uno mismo sea un valor típicamente masculino; la escasa satisfacción que las chicas encuentran con una maduración física que aleja a su cuerpo del estereotipo de belleza femenina actual; o el diferente tratamiento que chicos y chicas reciben en la escuela por parte del profesorado, que por ejemplo suele atribuir el fracaso de los varones a problemas de motivación y el de las mujeres a su menor competencia.

Un elemento también importante que quizá influya, son las prácticas educativas diferenciales que en la familia se ejercen con chicos y chicas (Block y Williams, 1993; Oliva, 1999). En un momento en que éstas demandan más libertad, en nuestra cultura no es extraño que, al menos en un primer momento, los progenitores dificulten dicha libertad e incluso la restrinjan; los chicos, por el contrario, suelen encontrarse con menos oposición para ir ganando autonomía. En cualquier caso, debemos señalar que no existen datos definitivos respecto a los mayores niveles de autoestima de los jóvenes frente a las jóvenes, ya que algunos trabajos no han encontrado diferencias significativas entre unos y otras (Fuertes, Carpintero, Martínez, Soriano y Hernández, 1997; Lundi, Field, MC Bride, Field y Largies, 1998). Por otro lado, el meta-análisis de Wilgenbush y Merrell (1999) señala que para identificar diferencias de género tenemos que tener en cuenta los dominios de referencia. Para estos autores, las valoraciones más o menos positivas que chicos y chicas hacen de ellos mismos dependen del área de referencia; aunque bien es verdad que los adolescentes manifiestan mayor autoestima global y en contextos como las matemáticas, la apariencia física o los deportes, sus compañeras presentan niveles superiores en la autoestima referida a competencias verbales y a las relaciones personales. Los estudios que analizan los factores que influyen en la autoestima durante la adolescencia coinciden en destacar la importancia de las relaciones que se establecen dentro del seno familiar. Así, la literatura ha señalado con bastante rotundidad que los chicos y chicas que se sienten apoyados y protegidos por sus progenitores son los que obtienen puntuaciones más altas en autoestima. Sin embargo, cuando se analiza el apoyo por parte de madre y padre por separado los resultados no son tan claros. Algunos trabajos encuentran que es especialmente importante el apoyo percibido por parte del padre (Noller y Callan, 1991), ya que la percepción adolescente del apoyo y la protección proporcionados por el padre correlaciona más con su autoestima que el apoyo proporcionado por la madre. Por el contrario otras investigaciones señalan que mientras el apoyo del padre es más importante para la autoestima femenina, el apoyo de la madre lo es para la masculina (Richards, Gitelson, Petersen y Hurting, 1991). Finalmente, estudios realizados en nuestro contexto encuentran lo contrario, y señalan que para las chicas serían más importantes las relaciones positivas y de confianza establecidas con la madre, mientras que para los chicos las establecidas con el padre (Romero, Otero-López y Luengo, 1995). En cualquier caso, los estudios han demostrado que los padres y madres que tienen relaciones más íntimas y afectuosas con sus hijos e hijas son los que favorecen la autoestima en mayor medida.

Concretamente, los trabajos que han analizado la autoestima adolescente a la luz del constructo de los estilos disciplinarios han señalado que los hijos e hijas de progenitores democráticos presentan niveles significativamente más altos de autoestima que aquellos que provienen de hogares autoritarios o indiferentes (Lambom, Mounts, Steinberg y Dornbush, 1991). Respecto a las dimensiones de afecto y control, la mayoría de estos estudios ha destacado sobre todo la importancia del afecto y la comunicación frente a la del control. Así, mientras que el control favorecería el manejo adecuado de los impulsos y la responsabilidad social, el afecto y la responsabilidad, facilitaría el desarrollo de la autoestima y de diferentes habilidades sociales (Barber, Olsen y Shagle, 1994; Gray y Steinberg, 1999; Holmbeck, Paikoff y Brooks-Gunn, 1995). Como vemos, el cariño y el apoyo percibido por chicos y chicas en el hogar, influye en su autoestima. Así mismo, otras variables del sistema familiar como la cohesión (Baldwin y Hoffmann, 2002), el uso de técnicas de control inductivas (Noller, 1994) o las relaciones de apego seguro también influyen positivamente sobre la autoestima de los y las jóvenes (Noller, 1995). Sin embargo, conviene señalar que el contexto familiar no es el único influyente para la autoestima adolescente. Es un hecho bien contrastado que con la llegada de la adolescencia, chicos y chicas comienzan a pasar más tiempo con los iguales. Desde la pre-adolescencia, estas relaciones con los iguales han empezado a ser más intensas y profundas que en la niñez. La importancia de las relaciones entre iguales durante la adolescencia en cuanto al ajuste psicológico en general (Field y Lang, 1995; Koon, 1997; Levitt, Guacci-Franco y Levitt, 1993), y al desarrollo de una autoestima positiva en particular (Buhrmester, 1990; 1996; Chou, 2000; Savin-Williams y Berndt, 1990; Sullivan, 1953) ha sido ampliamente demostrada en la literatura científica. Sin embargo, cada vez son más los autores que sugieren la necesidad de estudiar la influencia de diferentes tipos de amistades sobre el ajuste psicológico, ya que tiene sentido pensar que cualquier tipo de amistad no influye positivamente en la autoestima, sino solo aquella que presenta una serie de condiciones de apoyo mutuo e intimidad (Lieberman, Doyle y Markiewicz, 1999; Shulman, Laursen, Kalman y Karpovsky, 1997). El contexto escolar también parece influir sobre la autoestima adolescente. La transición de la escuela primaria a secundaria implica un cambio (Yates, 1999). Este cambio en la cultura escolar se traduce para los y las jóvenes en la inclusión. Todo lo comentado hasta ahora refleja el profundo interés de la comunidad científica sobre el estudio de la autoestima durante los años adolescentes, sin embargo aún es poco lo que sabemos de la realidad de los chicos y chicas de nuestro contexto inmediato.

Mina, Carrasco y Martínez (1999), realizaron un estudio dirigido a determinar las características de la autoestima y los estereotipos de rol de género. Para ello, analizaron la relación existente entre la autoestima y los estereotipos. Indican en sus resultados que en todas las culturas existe un modelo normativo acerca de cómo debe ser un varón y una mujer; y que estas construcciones sociales tienen un papel fundamental en la organización y constitución de la subjetividad humana.

Señalan que la autoestima ha sido utilizada como uno de los principales indicadores de bienestar psicológico en las investigaciones realizadas sobre los roles de género. Los resultados obtenidos verifican las hipótesis planteadas: la autoestima varía en las diferentes categorías de género, obteniéndose unos resultados acordes con otras investigaciones: las personas masculinas y andróginas puntuaron significativamente más alto en autoestima que las personas indiferenciadas y femeninas.

Otro interesante estudio fue ejecutado por García (1999), quien analizó el auto-concepto y la autoestima. Los resultados obtenidos indican que los alumnos con problemas de aprendizaje, respecto a sus iguales sin problemas, adoptan patrones atribucionales desadaptados, muestran una autoimagen más negativa y están menos motivados extrínsecamente e intrínsecamente.

Hernández (2003), realizó un estudio dirigido a analizar el desarrollo de la autoestima y la conciencia moral en las contradicciones de la sociedad contemporánea. Los resultados indicaron que el desarrollo armónico de la persona concreta como uno de los objetivos principales de la educación humanista y emancipatoria, debe analizarse en las dimensiones del sentir, pensar y actuar, a partir de la totalidad de manifestaciones del ser y su interconexión con el contexto. Este enfoque holístico pone de manifiesto la unidad de la vida persona, en sus manifestaciones cognoscitivas, afectivas y comportamentales, con la naturaleza y la sociedad. Abre la posibilidad de análisis de la coherencia ética y de las incongruencias posibles del comportamiento cotidiano de los individuos y los contextos (sociales, educacionales, entre otros) en los que interactúa.

El auto-concepto es entendido como una construcción de lo que el individuo percibe y valora de sí mismo y que se conforma en el marco de diversas experiencias socio-culturales a lo largo de todo el ciclo vital (Thompson, 1998). El auto-concepto como constructo comprende dimensiones cognitivas, afectivas, y conductuales (Alonso García y Román Sánchez, 2003). El mismo posee a su vez relevancia para comprender la interacción del individuo con su ambiente, dado que cumple funciones referidas a la autorregulación de la conducta, la auto-motivación, la auto-eficacia, etc. (González Pienda, Núñez Pérez, Glez Pumariiega y García, 1997). Aunque suele mencionarse a la autoestima como sinónimo de auto-concepto, actualmente es fuerte el acuerdo entre diversos teóricos al afirmar que la autoestima formaría parte del auto-concepto, siendo aquella el aspecto valorativo de los juicios descriptivos que conforman a este último (González Martínez, 1999). La imagen de sí mismos/a es positiva en ambos sexos, siendo mejor en los planos familiar y emocional. Es decir, ante todo, se sienten queridos/as y apoyados/as por su familia, y capaces de responder emocionalmente de forma adecuada ante los estímulos externos. Igualmente, chicas y chicos tienen una buena imagen de sí mismos en cuanto a su aspecto y constitución física, y en cuanto a su capacidad para relacionarse con los/as demás y establecer relaciones sociales, aunque no de forma tan marcada. Se aprecian diferencias de género en las distintas facetas del auto concepto consideradas, si bien dichas diferencias no siempre alcanzan el carácter. Padilla Carmona, M.T., García Gómez, S. y Suárez Ortega, M. estudian las diferencias de género en el auto concepto general y académico de los jóvenes y las jóvenes. Concluyen que los chicos obtienen puntuaciones más altas, de forma estadísticamente significativa, en el auto concepto emocional y en el auto concepto global. Aunque el muestreo utilizado no permite hacer generalizaciones a la población, estos resultados coinciden con los obtenidos por Amezcua y Pichardo (2000), quienes también encuentran diferencias en los ámbitos mencionados a favor de los chicos. Otros estudios, concretamente el meta-análisis de Wilgenbusch y Merrell (1999), confirman también esta tendencia masculina a tener un mejor auto concepto en el plano emocional. Este dato puede indicar que mientras los chicos presentan mayor adaptación personal, las chicas pueden ser propensas a padecer cierta ansiedad. Asimismo, otros autores y autoras han detectado diferencias significativas a favor de los chicos en cuanto al auto concepto global, es decir, no aplicado a áreas concretas (Amezcua y Pichardo, 2000; Gabelko, 1997; Orenstein, 1994; Pastor, Balaguer y García-Merita, 2003; Rothenberg, (1997). No obstante, al considerar el auto concepto globalmente se diluyen muchas de las diferencias que aparecen en las distintas facetas, por lo que resulta más adecuado trabajar con el auto concepto global siempre y cuando se analicen las diferencias de género también en sus distintas dimensiones.

Las diferencias en la autoimagen física a favor de los chicos, si bien en nuestro estudio no alcanzan el carácter de significativas, han sido puestas de manifiesto en trabajos previos.

Tal es el caso de Gabelko (1997), quien trabaja con una faceta denominada auto concepto atlético, en la que los chicos puntúan más alto que el grupo de chicas; o el de Pastor, Balaguery García-Merita (2003), que obtienen puntuaciones más altas a favor del grupo de chicos en Apariencia Física y Competencia Deportiva. Además, otras investigaciones (e.g., Klomsten, Skaalviky Espones, 2004; Ruíz de Azúa, Rodríguez y Goñi, 2005; Wood, Becker y Thompson, 1996) han mostrado la tendencia a que los chicos obtengan puntuaciones más altas que las chicas, las cuales tienden a valorar su aspecto físico de forma más negativa. Tan sólo la investigación realizada por López-Justicia y Pichardo (2003) encuentra diferencias significativas en auto concepto físico a favor de las chicas, pero ha de destacarse que las autoras trabajan con adolescentes afectados de baja visión.

Es importante mencionar aquí que hemos encontrado una correlación alta y significativa entre el auto concepto físico y el global; de hecho, es esta faceta del auto concepto la que presenta mayor intensidad en la correlación con el auto concepto global –intensidad que es aún mayor para el grupo de chicas–. Este resultado viene a coincidir con los de otras investigaciones realizadas que han evidenciado que la imagen corporal está muy relacionada con la autoestima global (Broc, 2000), siendo la apariencia física el dominio del auto concepto que explica el mayor porcentaje de varianza en la autoestima global (Pastor, Balaguer y Benavides, 2002). La auto imagen corporal es, por tanto, una parte del auto concepto muy relevante, sobre todo para las adolescentes, que son educadas en la idea de que una buena apariencia física es una condición necesaria para recibir afecto y ser amadas. De ahí que en nuestro estudio aparezca muy relacionada con el auto concepto social y el emocional, correlaciones que en el grupo de chicas adoptan valores más altos en cuanto a intensidad.

En lo que se refiere al auto concepto social, en este estudio no se han encontrado diferencias significativas entre ambos géneros, si bien la tendencia es que los chicos puntúen de forma más elevada. El trabajo ya mencionado de Gabelko (1997) coincide en este resultado, aunque no sucede lo mismo en otros trabajos (e.g. Amezcua y Pichardo, 2000). La discrepancia de resultados en esta faceta del auto concepto podría deberse al carácter complejo de la misma. Es por ello por lo que conviene tener en cuenta los resultados de investigaciones como la de Infante et al. (2002) y la de Calvo, González y Martorell (2001), en las que se pone de manifiesto que las chicas obtienen valores más altos en auto concepto pro-social y los chicos en auto concepto agresivo.

En cuanto a las diferencias de género en las facetas del auto concepto, si volvemos a uno de los resultados ya comentados en el estudio descriptivo, concretamente a las medias de las chicas en las distintas dimensiones, podemos observar que las chicas puntúan en dichas dimensiones de manera inversa a la importancia que cada una de ellas tiene en el auto concepto general. Así, la media más baja es para el auto concepto físico, seguida del social, del emocional y del familiar. Esto nos lleva a pensar que en su autoimagen son más exigentes consigo mismas precisamente en las dimensiones que más influyen en su auto imagen general. En un reciente estudio (Garaigordobil y Durá, 2006), en el que las variables de auto concepto y autoestima son analizadas conjuntamente con otras (sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad), se sugiere que las puntuaciones más bajas en autoestima pueden estar asociadas a un mayor nivel de autocrítica de las mujeres en la evaluación de sí mismas, así como una mayor capacidad para identificar «lo que falta» en contraposición a los varones, con mayor capacidad de identificar «lo que tienen». En contraste con lo anterior, uno de los planos en los que nuestra investigación ha encontrado diferencias a favor de las chicas es el familiar, si bien es importante recordar que la diferencia encontrada no llega a perfilarse como estadísticamente

significativa. Pese a ello, otros estudios apuntan en esta dirección, como el realizado por Amezcua y Pichardo (2000), en el que el grupo de chicas alcanza niveles más elevados de auto concepto familiar.

Sería interesante analizar por qué el auto concepto familiar tiende a ser más alto en las chicas cuando, en el resto de facetas consideradas, los chicos presentan puntuaciones más altas. Como sugieren Amezcua y Pichardo (2000), las diferencias podrían justificarse por el distinto trato recibido de los progenitores. En este sentido, el comportamiento de las chicas en el hogar satisface mejor las expectativas de madres y padres (ayuda en las tareas domésticas, no llegar tarde,...), encontrándose más aceptadas por ellos/as y dando, de esta manera, lugar a la formación de un auto concepto familiar más elevado.

La otra faceta del auto concepto en la que la diferencia, sin ser significativa, apunta a favor de las chicas es el auto concepto académico global. En general, las alumnas que han participado en el estudio muestran una valoración global de su rendimiento en las distintas materias algo más positiva que la que muestran sus compañeros. Sin embargo, otras investigaciones ponen de manifiesto una gran disparidad en los resultados. Así, estudios como el de Amezcua y Pichardo(2000) y Gabelko (1997) no encuentran diferencias significativas entre chicos y chicas en cuanto a su autoimagen académica. Por su parte, Hilke y Conway (1994), Pastor, Balaguery García-Merita (2003) y Rodríguez (1982) encuentran diferencias significativas a favor de los chicos. ¿Cuáles pueden ser las razones de tanta discrepancia? Es evidente que se requiere mayor investigación. Las importantes diferencias que hemos encontrado entre chicas y chicos en lo que se refiere a sus autovaloraciones de rendimiento en las distintas materias podrían explicar las razones de esta variación. Así, mientras que las chicas creen tener un mejor rendimiento en unas materias, los chicos lo hacen en otras distintas, de forma que, según el instrumento que utilizemos para medir el auto concepto académico general esté más o menos cargado de ciertas áreas de conocimiento o materias escolares, las puntuaciones obtenidas por ambos sexos podrían variar.

También existen diferencias en las calificaciones reales y en las valoraciones docentes. En este sentido, podría suceder que los agentes sociales (padres/madres, profesorado, iguales) transmitan diferentes expectativas a cada género, haciendo ver a los chicos que son inteligentes ya las chicas que son trabajadoras y esforzadas. O, incluso, que las chicas, pese a tener mejores resultados académicos, perciban más negativamente su competencia escolar. En esta línea, la investigación de Jiménez et al. (2006) pone de manifiesto que, tanto el alumnado como el profesorado y las familias, consideran que un alto rendimiento escolar es un valor positivo para chicos y chicas, aunque estas últimas tengan que pagar un precio más alto, pues su mayor capacidad despierta rechazo en sus compañeros. El análisis de las correlaciones entre las autovaloraciones de rendimiento en las materias comunes muestra que tanto chicas como chicos comparten una visión semejante en lo que respecta a las asignaturas que más influyen en su auto concepto académico general. Así, para el conjunto de la muestra y para las chicas y los chicos por separado, las materias comunes que mayor correlación presentan con el auto concepto académico general y con el auto concepto académico en las materias comunes son Lengua y Literatura, Ciencias Sociales e Idiomas. Lasque menos correlación muestran con las dos variables globales son Matemáticas y Educación Física. No obstante, estos resultados deberían completarse con el total de materias cursadas a lo largo del proceso de escolarización, análisis que aquí hemos obviado por cuestiones prácticas. Como sugieren Jackson y Warin (2000), el papel de género es un aspecto significativo del auto concepto que adquiere especial relevancia en los momentos de transición. Así, el auto concepto podría influir en las decisiones educativo-vocacionales que los/as sujetos toman y, consecuentemente, determinar el proyecto profesional y vital.

CAPÍTULO III

3. BAJA AUTOESTIMA

Algunos estudios indican que la baja autoestima es un síntoma de la depresión, estando ambos constructos íntimamente relacionados (MEDRANO, MEDRANO y SIMARRO, 1990; FRÍAS, 1990). Además, se puede considerar a la baja autoestima como factor de riesgo en el síndrome depresivo (CASTRO, 1990). Desde este punto de vista podemos señalar la existencia de algunos trabajos que consiguen procurar mejores niveles de auto concepto, mediante tratamientos farmacológicos, a sujetos con síndrome depresivo.

BARCELO (1990), después de tratar con fármaco-terapia a un grupo de pacientes con sintomatología depresiva, obtiene los siguientes resultados: el locus de control de los pacientes tiende hacia la internalidad - índice de mejoría en la asertividad y seguridad de los pacientes tras la vivencia depresiva-, se eleva la autoestima, sin llegar a los niveles de la población sana con similar nivel sociocultural.

Todos tenemos en el interior sentimientos no resueltos, aunque no siempre seamos conscientes de estos. Los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo, y con el tiempo volvemos el enojo contra nosotros mismos, dando así lugar a la depresión. Estos sentimientos pueden asumir muchas formas: odiarnos a nosotros mismos, ataques de ansiedad, repentinos cambios de humor, culpas, reacciones exageradas, hipersensibilidad, encontrar el lado negativo en situaciones positivas o sentirse impotentes y autodestructivos.

Cuando una persona no logra ser auténtica se le originan los mayores sufrimientos, tales como, enfermedades psicológicas, la depresión, las neurosis y ciertos rasgos que pueden no llegar a ser patológicos* pero crean una serie de insatisfacciones y situaciones de dolor, como por ejemplo, timidez, vergüenza, temores, trastornos psicosomáticos*.

La autoestima es importante porque es nuestra manera de percibirnos y valorarnos como así también moldea nuestras vidas. Una persona que no tiene confianza en sí misma, ni en sus propias posibilidades, puede que sea por experiencias que así se lo han hecho sentir o por mensajes de confirmación o des-confirmación que son transmitidos por personas importantes en la vida de ésta, que la alientan o la denigran.

Otra de las causas por las cuales las personas llegan a desvalorizarse, es por la comparación con los demás, destacando de éstos las virtudes en las que son superiores, por ejemplo: sienten que no llegan a los rendimientos que otros alcanzan; creen que su existencia no tiene una finalidad, un sentido y se sienten incapaces de otorgárselo; sus seres significativos los descalifican y la existencia se reduce a la de un ser casi sin ser. No llegan a comprender que todas las personas son diferentes, únicas e irrepetibles, por lo que se consideran menos que los demás.

La persona, va creciendo y formando su personalidad dentro del ambiente familiar, que es el principal factor que influye en la formación de la misma, ya que le incorpora a ésta los valores, reglas y costumbres que a veces suelen ser contraproducentes. Algunos de los aspectos ya mencionados son incorporados, a la familia, por medio del "modelo" que la sociedad nos presenta, y éste es asimilado por todos los grupos sociales. Pero, la personalidad de cada uno, no sólo se forma a través de la familia, sino también, con lo que ésta cree que los

demás piensan de ella y con lo que piensa de sí misma, al salir de este ambiente y relacionarse con personas de otro grupo diferente.

La baja autoestima es en realidad un trastorno del pensamiento en el cual un individuo se ve a sí mismo como inadecuado, indigno, no digno de amor, y/o incompetente.

La baja autoestima debería incluirse en el manual de diagnóstico (que todos los terapeutas utilizan para determinar un diagnóstico). En cambio, con frecuencia se menciona como síntoma de muchos otros trastornos, lo cual es al revés: la baja autoestima es el trastorno, no un simple síntoma.

La baja autoestima siempre se forma durante la niñez, cuando un individuo está desarrollando su visión básica de sí mismo y de sus atributos. Una vez formada, la baja autoestima no puede superarse sin atravesar un proceso de recuperación.

Una persona no puede simplemente “elevar” su baja autoestima y transformarla en una autoestima saludable. En cambio, una persona tiene que aprender a alterar su visión básica de sí misma y transformar sus pensamientos y actitudes, lo cual no es un proceso simple o una solución mágica.

La baja autoestima es un trastorno serio que afecta a millones de personas – tanto hombres como mujeres – destruyendo sus relaciones, paralizándolas por el miedo, y creando vidas que nunca alcanzarán su potencial completo, dejándolas desequilibradas, necesitadas, y frustradas.

Desafortunadamente, como el público en general, la mayoría de los terapeutas están mal informados sobre la baja autoestima y sus consecuencias y por lo tanto, no saben cómo tratarla. Muchas personas recurren a terapia por este problema y se van sintiéndose desesperadas sobre sus vidas y desilusionadas con respecto a la terapia.

La baja autoestima es un trastorno del pensamiento basado en que la visión que tiene la persona de sí misma es inadecuada. A menos que, y hasta que esta visión básica de sí misma se altere, una persona no puede cambiar el pensamiento negativo que controla sus reacciones. Este proceso es algo complicado y no es una solución mágica, no es algo que una persona pueda cambiar simplemente porque quiera hacerlo. Una vez que se forma la baja autoestima, el temor y ansiedad que la acompañan afecta todo lo que la persona hace, dice y piensa.

Muchos de los que tienen baja autoestima evitan buscar un nuevo trabajo, iniciar relaciones o aprender nuevas habilidades por miedo al rechazo o al fracaso. Muchos evitan situaciones sociales y se abstienen de compartir sus opiniones por las mismas razones. Algunos se aíslan, se convierten en complacientes con los demás, y permanecen pasivos. Otros se vuelven agresivos y provocan caos en sus relaciones.

Todas las personas con baja autoestima sabotean sus vidas en alguna medida. Algunos se convierten en personas que no exceden las expectativas, logrando mucho menos de lo que son capaces porque están paralizados por el miedo. Otros, impulsados por el deseo de probarse a sí mismos y a los demás que son adecuados y merecedores, se convierten en personas que exceden las expectativas, probablemente teniendo más éxito que el que hubieran tenido de no haber sufrido de baja autoestima. Estas personas a menudo se convierten en adictas al trabajo, a veces en detrimento de sus familias, creando problemas en las relaciones.

No necesariamente se puede saber que una persona tiene baja autoestima porque muchos que la sufren se convierten en expertos en esconder sus sentimientos y mantener una apariencia de control, aunque esto no sea lo que sienten internamente. De hecho, muchas personas exitosas en carreras profesionales importantes en realidad sufren de baja autoestima, aunque sólo quienes son cercanos a ellas saben que tienen baja autoestima.

Cuando las personas con baja autoestima hacen algo que perciben como estúpido o inapropiado, inmediatamente se sienten humilladas y sufren de “ataques de autoestima”. En esos momentos desean con desesperación huir y esconderse, aunque a menudo no sea posible. Pueden hundirse en la depresión y devastación, episodios que pueden durar minutos, horas, días o incluso semanas. Luego se sienten incluso más avergonzadas para enfrentar a la gente que creen que saben de su problema.

3.1. Enfoque Cognitivo de la Baja Autoestima

El paciente con baja Autoestima tiene una alteración en los patrones cognitivos que lo inducen a tener una:

- Visión negativa de sí mismo: se considera un inútil, un perdedor, se ve desgraciado, torpe, enfermo, tiende a subestimarse constantemente. Piensa que le faltan las cualidades o atributos que lo harían ser feliz, alegre o bueno.
- Visión negativa de sus experiencias: considera las relaciones con el medio en términos de derrotas o frustraciones, tiende a sentir que no puede enfrentar las exigencias de la vida. Cada pequeña actividad se transforma en un esfuerzo terrible, tienden a ver los obstáculos y problemas constantemente.
- Visión negativa del futuro: tiende a ver el porvenir como negro, sólo vendrán cosas peores, les cuesta mucho proyectarse con un sentido realista u optimista.

En los pacientes con baja Autoestima, durante el procesamiento de la información pueden ocurrir ciertas alteraciones que lleven a los pacientes a sacar conclusiones arbitrarias; es decir presentan Distorsiones Cognitivas.

Las principales son:

- Inferencia arbitraria: es el proceso por el cual se adelanta una conclusión sin evidencia a favor que la sustente o cuando se sostienen ciertas afirmaciones incluso con evidencia contraria.
- Maximización: consiste en agrandar ciertos aspectos o cualidades; maximizan los errores, las carencias, las faltas, las pérdidas.
- Minimización: se da cuando se subestiman o empequeñecen ciertos aspectos o cualidades; los pacientes con baja Autoestima, minimizan sus logros, éxitos, buenas cualidades y aciertos.
- Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un aspecto, atributo o detalle sacándolo del contexto, dejando de lado características relevantes de la situación y a partir de allí elaborar ciertas conclusiones.
- Generalización excesiva: se da cuando a partir de uno o varios hechos o situaciones aisladas se sacan reglas que se generalizan para otras situaciones.
- Personalización: es la tendencia a auto-atribuirse hechos y fenómenos externos que no tienen que ver con ellos mismos y sin evidencia que establezca dicha relación. Un paciente decía: “Yo maté a mi hermano”, al investigar esta creencia descubrí que el hermano se había suicidado, en la familia el único confidente y apoyo era mi paciente, quien evitó que varias veces se suicidara, de hecho casi el único

motivo que su hermano tenía para vivir era el afecto que sentía por él, a la muerte de este mi paciente cargó con toda la culpa y se atribuyó la muerte de su hermano.

- Pensamiento dicotómico: también llamado pensamiento absolutista, todo o nada, o blanco o negro. Consiste en la utilización de categorías polares para clasificar a situaciones o personas, sin poder ver matices o grados, todo se evalúa en extremos. Por ejemplo: bueno/malo, santo/pecador, fiel/infiel, justo/injusto. Los pacientes con baja Autoestima tienden a atribuirse las categorías del extremo negativo.

3.2. Repercusión de los desequilibrios de la Baja Autoestima en adolescentes.

Los desequilibrios de autoestima pueden presentarse de formas como las siguientes:

Trastornos psicológicos:

- Ideas de suicidio
- Falta de apetito
- Pesadumbre
- Estado de ánimo triste, ansioso o vacío persistente
- Desesperanza y pesimismo
- Culpa, inutilidad y desamparo como sentimientos
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones

Trastornos en el sueño:

- Inquietud, irritabilidad
- Trastornos afectivos:
- Dificultad para tomar decisiones
- Enfoque vital derrotista
- Miedo
- Ansiedad
- Irritabilidad

Trastornos intelectuales:

- Mala captación de estímulos
- Mala fijación de los hechos de la vida cotidiana
- Dificultad de comunicación
- Auto-devaluación
- Incapacidad de enfrentamiento
- Ideas o recuerdos repetitivos molestos

Trastornos de conducta:

- Descuido de las obligaciones y el aseo personal
- Mal rendimiento en las labores
- Tendencia a utilizar sustancias nocivas

Trastornos somáticos:

- Dormir inquieto

- Anorexia
- Enfermedades del estomago
- Alteraciones en la frecuencia ritmo cardíaca
- Mareos
- Nauseas.

3.3. El impacto de la baja autoestima en las relaciones de una persona.

Las relaciones se ven enormemente afectadas por la baja autoestima. Aquellos que tienen baja autoestima suelen volverse ya sea agresivos, pasivos o pasivo-agresivos cuando se ven amenazados. Se ponen a la defensiva y discutiendo o se alejan y se aíslan, conductas que no contribuyen a una comunicación saludable. Además, los que tienen baja autoestima tienden a sentirse confundidos con respecto a en quién y cuándo confiar y a menudo hacen elecciones deficientes en cuanto a parejas. Resulta difícil lograr y mantener la intimidad debido a éstos y otros factores.

CAPÍTULO IV

4. ANTECEDENTES SOBRE LOS PROCESOS TERAPÉUTICOS PARA LA BAJA AUTOESTIMA

Seguidamente, se señalan algunos aspectos teóricos referidos al proceso terapéutico, el cual es de interés para este estudio.

Existen diversos antecedentes sobre los procesos terapéuticos, entre los precursores se puede considerar a James (1910), quién se interesó por el estudio de la voluntad libre, de lo cual extrajo dos conclusiones: una, que nuestras propias decisiones son creativas y la otra, que en ocasiones es necesario renunciar a la propia voluntad.

Reconoció la existencia de un self espiritual, más interno, subjetivo y dinámico que self material o social. Este autor, tuvo sus propias experiencias místicas y con relación a ese self superior escribió: Resulta evidente que el self superior es aquella parte de nuestro ser que es contigua o adyacente a un algo más de cualidad similar que puede actuar en el universo exterior, que es capaz de mantenerse en contacto con él y en cierto modo sujetarse a la tabla de salvación mientras el self inferior se hace pedazos y se hunde en el naufragio. Le interesaban los aspectos prácticos de la experiencia religiosa y la forma en que actuaba en la vida diaria (citado por Rowan, 1997). También se cita a Jung (1912), sus aportaciones a éste campo son muchas, sus estudios sobre los mitos, los sueños, los diversos sistemas simbólicos (Alquimia, Tarot, Astrología, I Ching), la idea de inconsciente colectivo, que él identifica con lo trans-personal, si bien no en el sentido que se le da actualmente a este término, pues ahora, se entiende lo espiritual o trans-personal como algo que se sale del marco de lo psicológico y del inconsciente colectivo.

Su idea de los Arquetipos, es tal vez, la contribución más relevante y sólida de Jung en este campo, por ser uno de los principales conceptos de lo Trans-personal. Por arquetipo entiende “imágenes que reflejan modalidades universales de experiencia y de comportamiento humano”, también las llamó imágenes primordiales, y sus características además de universales, siguen unas pautas profundas y autónomas. Estos arquetipos emergen del inconsciente colectivo, donde se han ido acumulando como consecuencia de las experiencias vitales de todos nuestros antepasados a lo largo de nuestra herencia filogenética, quedando impresas en nuestro psiquismo y se manifiestan como pautas de conducta inherentes a todo ser humano, que pueden describirse simbólicamente como acciones de personajes mitológicos y situaciones que evocan sentimientos, imágenes y temas universales (citado por Rowan, 1997). Otro autor interesante está representado por Assagioli (1965), fue el primero en utilizar el término Trans-personal con fines terapéuticos, en el sentido actualmente aceptado. Fue el creador de la Psico-síntesis, siguiendo la línea marcada por Jung pero ampliando sus conceptos, ya que diferenció el Inconsciente Superior (o Self Trans-personal) del Inconsciente Colectivo. De esta forma, marcaba la diferencia entre los contenidos arcaicos y primitivos del Inconsciente Colectivo –cuyos arquetipos son pre-personales–, de los contenidos del Supra-consciente –cuyos arquetipos son trans-personales– (citado por Rowan, 1997).

Por su parte, Maslow (1968), aunque no hizo ninguna aportación desde el punto de vista práctico a la terapia Trans-personal, no puede pasarse por alto su insistencia en el hecho de que las Experiencias Cumbre son la clave para adentrarse en lo Trans-personal. Su concepto de auto-realización y plenitud se acerca mucho

a un estado de unidad de características místicas. “...la experiencia cumbre, una experiencia en la que el tiempo se desvanece y todas las necesidades se hallan colmadas”. Grof (1994), uno de los autores más importantes en el terreno de la Psicoterapia Trans-personal, empezó como Psiquiatra y Psicoanalista en 1956, investigando sobre alucinógenos con LSD, para buscar una forma de acercamiento y comprensión de los mecanismos de la esquizofrenia.

Esto le llevó en el campo de las experiencias trans-personales, a uno de sus descubrimientos más importantes que fue el de las Matrices Perinatales, en las que describe la transcendencia del marco de la realidad, del espacio y del tiempo, que nos brinda una visión inestimable de los distintos estadios del proceso de nacimiento y las huellas que imprime en el psiquismo de los seres humanos, así como de la psicopatología, destacando del potencial terapéutico de la dimensión religiosa y espiritual. Posteriormente desarrolló la técnica de la Respiración Holotrófica, que permite alcanzar esas mismas experiencias prescindiendo de los inconvenientes del uso de los psicotrópicos.

Por su parte, Wilber (1995), en 1977, plantea de forma muy esclarecedora sus mapas de los distintos niveles de la conciencia y su evolución, desde una perspectiva trans-personal, así como las psicoterapias que resultan más convenientes para aplicar en cada nivel. Robles (2002), realizó estudios sobre la aplicación de programas de intervención psicológica para el desarrollo personal y social.

4.1. Técnicas utilizadas en los Procesos Terapéuticos para elevar la Autoestima.

Para alcanzar los propósitos de la psicoterapia trans-personal, ésta hace uso de todas las técnicas que se encuentran a disposición, del mismo modo que la psicología trans-personal integra todas las teorías que se han estructurado para lograr una comprensión más plena de la psique. Wilber (1995), afirma que la elección de las técnicas se adapta por completo a las necesidades del cliente y a su estado de conciencia, ya que determinadas herramientas se muestran más eficaces con determinados niveles de desarrollo de la conciencia.

Para que ello sea posible, el terapeuta debe tener conocimientos teóricos y prácticos extensos sobre las técnicas psicoterapéuticas existentes, y de esa manera, contar con la posibilidad de hacer uso de varias de ellas cuando resulte necesario.

Walsh y Vaughan (2000), agregan que, con fines de reflexión y aclaración teórica, ha hecho una útil distinción entre el contexto y el contenido de la psicoterapia. El contexto queda siempre plenamente determinado por los valores, las creencias y las intenciones del terapeuta.

Para Walsh y Vaughan (2000), la exploración de contenidos trascendentes se ve así facilitada, pero no se requiere necesariamente de ellos. Los contenidos, a diferencia del contexto, los determina y proporciona el cliente. El contenido nunca es exclusivamente de naturaleza trans-personal puesto que de forma invariable refleja todas las experiencias vitales del cliente.

Es preciso diferenciar entre el abanico de terapias disponibles, ya que algunas tienen que ver con lo Trans-personal, pero no de una forma sistemática y planificada, entre ellas están: la Terapia Gestalt, la Psicoterapia Existencial, el Psicoanálisis, la Bioenergética, la Terapia Centrada en la Persona, el Psicodrama, el Roling o Integración Postural, el Análisis Transaccional.

Walsh y Vaughan (2000), agregan que el cambio terapéutico se realiza en cuatro etapas. En la primera, aparecen los indicadores y el cliente se compromete a explorar la reacción problemática ya reconocida. En la segunda etapa, se inicia una re- evocación sistemática de la experiencia de forma vívida y se empieza a registrar los estímulos más importantes que suscitaron la reacción problemática.

En la tercera etapa, se analiza el significado otorgado por el cliente a los estímulos relevantes tanto desde el procesamiento cognitivo como desde el procesamiento emocional para evitar toda escisión en la simbolización de la experiencia.

Al final de esta etapa, se produce una resolución parcial del problema o momento del primer cambio en la cual el cliente es capaz de relacionar la interpretación que daba de los estímulos de la situación desencadenante con la reacción inadecuada o paradójica. A este fenómeno clínico, los autores lo denominan puente de significado. Por último, en la cuarta, se amplía el reconocimiento del propio funcionamiento esquemático tanto desde sus propias necesidades, deseos, valores, deberes, cualidades, entre otros, como desde la exploración de otras experiencias. De esta manera, con una conciencia mucho más clara y amplia del modo personal de funcionamiento, el problema quedaría reestructurado.

En este proceso, el terapeuta realiza las intervenciones adecuadas en cada momento de la terapia. Primero parte de la identificación de los indicadores, promueve la re-evocación emocional y cognitiva de la experiencia y el análisis pormenorizado de los significados del cliente de los estímulos de la situación relevante, y, por último, ampliando la exploración a otros ámbitos de la vida de aquél, facilita el reexamen más completo de sus esquemas emocionales relevantes.

Para Branden (2001), la terapia trans-personal, incluye los campos e intereses genéricos de la Psicología a los que agrega el énfasis por el crecimiento y la toma de consciencia, logrando con ello unos niveles de salud que pueden llegar a ser aún más amplios que los normalmente aceptados.

Algunas técnicas esenciales son la imaginación activa, fantasía guiada, o sueño dirigido basado en las técnicas de visualización, la meditación, trabajo con los sueños, técnicas de regresión hipnótica, respiración holotrópica; entre otras. Por su parte, Branden (2001), propone seis pilares básicos para trabajar la autoestima:

- a)** Mejorar la consciencia de uno mismo. Ser conscientes de lo que ocurre alrededor del individuo y estar receptivo para los cambios.
- b)** Practicar la auto-aceptación. Haciéndonos responsables de nuestros propios pensamientos, sentimientos y acciones; sin evadirnos, negarlos o rechazarlos.
- c)** Ser auto-responsable. Darse cuenta de que el individuo es un actor de las elecciones y acciones. Cada uno de nosotros es responsable de su propia vida y bienestar.
- d)** Practicar la autoafirmación. Ser auténtico en el trato con los demás, tratar a los propios valores y a uno mismo con respeto en el contexto social.
- e)** Vivir con determinación. Identificar los objetivos y propósitos, organizar nuestra conducta en base a ellos y prestar atención a las consecuencias.
- f)** Practicar la integridad personal. Vivir de forma coherente con lo que se sabe, los valores que se profesan y lo que se hace. Decir la verdad, respetar los compromisos y tratar a los demás con amabilidad y benevolencia.

Probablemente, una de las mejores estrategias para mejorar la autoestima es ser íntegro con uno mismo sin traicionar los valores que rigen nuestra mente y nuestra conducta. Como dice Branden (2001), si se traicionan los valores la autoestima es una víctima inevitable.

4.2. Psicoterapia Cognitiva

Los modelos cognitivos ponen especial atención a las cogniciones, entendiendo por estas en un sentido amplio a las ideas, los constructos personales, las creencias, las imágenes, las atribuciones de sentido o significado, las expectativas, etc. La importancia que tienen las cogniciones es central en los procesos humanos en general y en la génesis de los trastornos mentales en particular. Un aspecto relevante de los modelos cognitivos es la sistematización de sus tratamientos y el especial cuidado en cuanto a las validaciones empíricas; esto hizo que la psicología científica se acercara a la práctica psicoterapéutica. Diferencias entre la Psicología Cognitiva y la Psicoterapia Cognitiva La palabra Psicología deriva del griego, *psique*: alma, mente, espíritu, vida y *logos*: palabra, razón, inteligencia, pensamiento.

La Psicoterapia Cognitiva, diseñó métodos específicos (tratamientos) a partir de algunos desarrollos de la Psicología Cognitiva, que permiten ser aplicados a distintas personas con distintas problemáticas para mejorar su calidad de vida, solucionar problemas humanos y tratar trastornos mentales. También es importante señalar que la Psicoterapia Cognitiva no se basa exclusivamente ni es un desarrollo tecnológico de la Psicología Cognitiva (Ingram, 1986; Ibañez, 1988; Tous, 1989). El principal antecedente histórico de la Terapia Cognitiva que se suele citar es el de Epicteto quien en el *Enchiridion*, en el Siglo I, dice: “No son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de las cosas”. En esta frase se pone de manifiesto uno de los preceptos básicos de la cognitiva, lo importante no es lo que pasó, sino la significación que se le da a eso que pasó, el sentido o la atribución de significación, en síntesis la construcción particular de la realidad. El estoicismo es el referente filosófico más importante, desde Cicerón hasta Marco Aurelio se destacó el lado subjetivo de la realidad y el papel estrecho que los pensamientos juegan en las pasiones, elementos centrales que serán retomados y desarrollados por la Cognitiva. El Cognitivismo también toma aportes de autores como Kant y más actualmente de filósofos existencialistas, aunque es importante señalar que existen muchas líneas y escuelas dentro de la Psicoterapia Cognitiva y cada una de ellas toma algún referente particular.

La Psicoterapia Cognitiva surgió desde dos sectores, por un lado autores que venían del Psicoanálisis y por otro representantes del sector conductista, pero más allá de estas dos corrientes, se destaca Kelly (1955), como el primer teórico cognitivo, ya que presenta un enfoque de la persona y la terapia desde un planteo claramente cognitivo (Weishaar y Beck, 1987). Kelly le daba una especial atención al fenómeno de la anticipación (*Feedforward*), que ya se esbozara en el Simposio de Hixson por psicólogos como

Lashley (1948). La teoría de este autor se basa en el estudio de la organización particular de las estructuras que permiten darle significación a la realidad y su terapia en la comprensión y modificación de las estructuras disfuncionales para el individuo. Los principales exponentes de la Psicoterapia Cognitiva, originalmente venían del Psicoanálisis, entre ellos Ellis (1962) y Beck (1967), ambos se alejaron de esa escuela por considerar que la misma no aportaba evidencia empírica relevante ni resultados favorables en el trabajo clínico. Por esta razón la Psicoterapia Cognitiva puso un acento especial en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y fundamentalmente de su práctica.

Ellis (1954) desarrolló lo que se conoce como la Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC, en donde todos los componentes eran tomados en cuenta, lo revolucionario de su aporte fue la actitud del terapeuta que para él debía ser activa

y directiva, sustituyó la clásica escucha pasiva por un diálogo con el paciente, en donde se debatía y se cuestionaba sus pensamientos distorsionados que se creía eran los determinantes de sus síntomas.

Beck en su ya clásico libro “Terapia Cognitiva de la Depresión” (1979), cuenta como comenzó a cuestionar primeramente algunos aspectos teóricos del Psicoanálisis, hasta que sus propias investigaciones con pacientes deprimidos, los pocos éxitos que encontraba entre sus colegas que estaban siendo sometidos a largos e ineficaces tratamientos y las inconsistencias que fue encontrando en el trabajo con pacientes depresivos, según sus propias palabras: “Me llevaron a evaluar de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente toda la estructura del psicoanálisis”. Es así que comienza a desarrollar lo que posteriormente se transformaría en una de las psicoterapias más eficaces para el tratamiento de la Depresión. La otra línea de desarrollos que conformó los orígenes de la Terapia Cognitiva corresponde a los autores que provenían del Conductismo y viendo las limitaciones del mismo comenzaron a incorporar y ampliar sus concepciones, entre ellos los más destacados fueron Bandura (1969), Meichenbaum (1969) y Lazarus (1971). Es por eso que a veces se habla de la Terapia Cognitivo-conductual, para mostrar este carácter integrador de dos modelos que en aquel entonces comenzaban a confluir.

El aporte fundamental de estos autores fue la inclusión del determinismo bidireccional entre el individuo y el medio y en el aspecto práctico la inclusión de probadas técnicas de intervención clínica, tales como la desensibilización sistemática.

Aspectos relevantes para la Terapia Cognitiva son: estructuras, procesos y resultados cognitivos; las estructuras cognitivas pueden relacionarse con los esquemas, los procesos cognitivos con la atribución de sentido que se da a partir de los esquemas. Los resultados cognitivos se relacionan con las creencias, que son el resultado del proceso que se da entre los esquemas y la realidad, dichas creencias a su vez influyen en el mismo proceso. Esquemas:

El concepto de esquema es clave para todas las líneas cognitivas, fue utilizado originalmente por Barlett (1932) para referirse a procesos relacionados con la memoria, también fue mencionado posteriormente por Piaget (1951), también Neisser (1967) lo definió como la estructura responsable de los mecanismos que guían la atención selectiva y la percepción; luego fue reformulado y ampliamente utilizado por Beck (1979). Para Beck, los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo. Los esquemas también fueron definidos como estructuras más o menos estables que seleccionan y sintetizan los datos que ingresan. Todas las personas contamos con una serie de esquemas que nos permiten seleccionar, organizar y categorizar los estímulos de tal forma que sean accesibles y tengan un sentido para nosotros, a su vez posibiliten el identificar y seleccionar las estrategias de afrontamiento que llevaremos a la acción.

Creencias:

Las creencias son los contenidos de los esquemas, las creencias son el resultado directo de la relación entre la realidad y nuestros esquemas. Podemos definir a las creencias como todo aquello en lo que uno cree,

son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia. Existen diferentes tipos de creencias, clásicamente hablamos de:

- Creencias nucleares: son aquellas que constituyen el self de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. Ej.: Yo soy varón.
- Creencias periféricas: se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares.

Las creencias nucleares constituyen el núcleo de lo que nosotros somos, nuestros valores, nuestras creencias más firmes e inmovibles, justamente por eso es que nos dan estabilidad y nos permiten saber quiénes somos.

Las creencias periféricas o secundarias son más satelitales y no involucran a los aspectos centrales de la personalidad, por lo tanto pueden modificarse con más facilidad. En general las creencias comienzan a constituir un entramado de significaciones que van dando densidad a nuestra personalidad. Si las creencias nucleares son puestas en duda se genera una sensación profunda de inestabilidad y angustia, porque todo lo conocido pasa a ser cuestionado, es como si se movieran los cimientos de un edificio, toda la estructura se mueve.

Uno de los factores que genera más estrés es la incertidumbre, por eso no saber algo central respecto de nosotros mismos puede ser tan angustiante. Habitualmente las personas van a terapia porque alguna de las creencias básicas que le daban sustento, estabilidad y tranquilidad es puesta en duda. La dinámica entre las creencias y los esquemas son la base de sustento de los síntomas según la Terapia Cognitiva, por lo tanto el trabajo sobre las creencias es una labor central en este tipo de abordaje.

Pensamientos automáticos:

En general se dice que el pensamiento se relaciona con el fluir de la conciencia y que tiene tres elementos:

- La direccionalidad: hacia donde está dirigido dicho pensamiento.
- El curso: o la velocidad del pensamiento.
- El contenido: es lo que se piensa concretamente.

En el caso de los pensamientos automáticos, estos se definen por su carácter impuesto, son pensamientos que aparecen en el fluir del pensamiento normal y condicionan su dirección o curso; se les atribuye una certeza absoluta, por eso no son cuestionados y condicionan la conducta y el afecto. En general son breves, telegramáticos, pueden ser verbales o aparecer en forma de imágenes, a la persona se le imponen, por eso son automáticos.

Los pensamientos automáticos son fugaces, conscientes, pueden entenderse como la expresión o manifestación clínica de las creencias. Ya que en general las personas no son plenamente conscientes de sus creencias, pero si lo son o lo pueden llegar a ser de sus pensamientos automáticos.

La Psicoterapia Cognitiva trabaja en los diálogos internos que todos tenemos, gran parte de nuestra vida la pasamos hablándonos a nosotros mismos, este fenómeno es responsable de muchas de las cosas que

nos pasan tanto las buenas como las malas. Al repetirnos tantas veces los mismos contenidos, terminamos creyendo con un nivel muy alto de certeza, lo que ellos afirman, sin someterlos a un juicio crítico.

4.3. El método terapéutico

La Psicoterapia Cognitiva se caracteriza por ser un tratamiento:

- Activo: ya que terapeuta y paciente cumplen ambos roles activos en la terapia.
- Directivo: el terapeuta es el que dirige mediante sus intervenciones dicho tratamiento.
- Estructurado: existen ciertos pasos a seguir para la realización del mismo.
- Con tiempos limitados: se planifica el trabajo terapéutico acotando el mismo a cierto período de tiempo.

El tratamiento se basa fundamentalmente en el supuesto teórico de que la conducta y los afectos de una persona se encuentran determinados por su forma de estructurar el mundo (Beck, 1976).

El esquema básico de la Terapia Cognitiva puede ser graficado como un triángulo en donde en cada vértice podemos ubicar a los pensamientos o cogniciones, la conducta y la emoción.

4.3.1. Pensamiento Emoción Conducta

Los pensamientos se relacionan estrechamente con las emociones y las conductas, entre todas existe una influencia recíproca pero ésta no debe ser entendida como una causación. Analicemos un ejemplo: un paciente depresivo que se dice (pensamiento): “No sirvo para nada”, esto probablemente lo haga sentirse angustiado (emoción) y seguramente esto hará que llore, se tire en la cama, intente suicidarse (conductas), al verse así corroborará su creencia inicial: “No sirvo para nada”.

Cuando el circuito está establecido basta que aparezca un leve pensamiento o emoción para que todo se active. Recordemos que las creencias las personas las construyeron a partir de experiencias y procesos cognitivos particulares, por eso la Terapia Cognitiva se valdrá de estos mismos elementos para el trabajo clínico. El terapeuta junto con el paciente tratará de crear experiencias para contrastar sus creencias.

La relación terapéutica que se da entre el paciente y el terapeuta se describe por lo que se conoce como “empirismo colaborativo”. Se habla de empirismo porque se buscará evidencia que refute o confirme los supuestos o creencias en cuestión, no se trata simplemente de debatir sobre el tema, sino que el paciente junto al terapeuta construirán experimentos que permitan encontrar datos empíricos en la realidad. Es colaborativo porque ambos se comprometen a trabajar juntos para mejorar los problemas del paciente, la actitud de ambos es de colaboración activa.

Este vínculo terapéutico se dio en llamar la “metáfora de los dos científicos”, terapeuta y paciente trabajan como dos científicos que colaboran para encontrar las mejores alternativas para uno de ellos, el paciente, que sabe de su padecer y en donde el otro, el terapeuta aporta su saber y experiencia para guiar el proceso. La Terapia Cognitiva, consiste básicamente en identificar las creencias disfuncionales del paciente, que tal como hacen dos investigadores se transforman en hipótesis a contrastar, todavía no se sabe de su certeza por eso se las someterá a contrastación para ver si dichas creencias son falsas o verdaderas. Esta comparación entre la labor del científico con el trabajo clínico también remarca uno de los pilares de la Terapia Cognitiva, que es la investigación empírica.

4.3.2. El terapeuta cognitivo

El terapeuta debe mantener una actitud abierta, curiosa, desprejuiciada en la medida de lo posible. Según Beck (1979) debe tener tres características básicas que son:

Aceptación: el terapeuta debe aceptar plenamente al paciente, su mundo y sus problemas, aunque no comparta su cosmovisión o filosofía de vida.

Autenticidad: el terapeuta debe ser genuino, sincero y auténtico, la falta de honestidad por parte del mismo dificultan el establecimiento de un buen vínculo terapéutico. Si uno como terapeuta va a decir algo agradable sólo para hacer sentir bien al paciente, pero sin creerlo y sentirlo verdaderamente, será preferible no decirlo, la franqueza y la autenticidad deben ser valores fundamentales del terapeuta.

Empatía: con este término se hace referencia a la capacidad de poder ponerse en el lugar del otro, si bien esto puede ser difícil en muchos casos, se trata de ser receptivo con el sufrimiento del otro, tampoco es algo mimético que hace que uno esté en el lugar del otro realmente, sino simplemente que pueda resonar internamente, comprender y acompañar en el padecimiento al paciente.

Los principales modelos de la Escuela Cognitiva, se engloban en dos grandes grupos llamados: Racionalistas y Post-racionalistas o Constructivistas. Feixas y Miró (1993) proponen:

Los modelos racionalistas:

- Entrenamiento en habilidades:
- De autocontrol: (Kanfer, 1970; Thoresen y Mahoney, 1974; Rehm, 1977; Rehm y Rokke, 1988).
- De resolución de problemas: (D'Zurilla, 1976; D'Zurilla y Goldfried, 1971; Spivack y Shure, 1974).
- De afrontamiento: (Meichenbaum, 1977; Meichenbaum y Jaremko, 1983; Suinn y Richardson, 1971; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983).
- Reestructuración cognitiva (modelos clásicos): (Beck, 1976; Beck y col. 1979; Beck y Emery, 1985; Dryden, 1984; Ellis, 1962; Ellis y Grieger, 1977; Maultsby, 1984; Wessler 1980).

Los modelos post-racionalistas o constructivistas:

- Terapia de constructos personales: (Epting, 1984; Kelly, 1955; Neimeyer y Neimeyer, 1987; Winter, 1992; Feixas y Procter, 1997).
- Enfoques evolutivos:
- Estructurales: (Guidano, 1987, 1990; Guidano y Liotti, 1983; Reda, 1986)
- Procesos de cambio: (Mahoney, 1990).
- Piagetianos: (Ivey, 1986; Rosen, 1985; Weiner, 1975).

4.3.3. Las técnicas más utilizadas en la Terapia Cognitiva

Entre otras:

- Técnicas de reestructuración cognitiva.
- Terapia Racional Emotiva de Ellis.
- Terapia Cognitiva (Beck).
- Reestructuración Racional Sistemática. Entrenamiento en Auto-instrucciones.
- Técnicas de relajación
- Técnicas de respiración
- Desensibilización sistemática
- Autoafirmaciones
- Auto observación o monitoreo
- Role Playing
- Ensayos conductuales
- Ensayos cognitivos
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Registro de pensamientos automáticos
- Identificación de distorsiones cognitivas
- Disputa racional
- Búsqueda de soluciones alternativas
- Ventajas y desventajas
- Trabajo con imagería

4.3.3.1. Psico-educación

La Terapia Cognitiva utiliza frecuentemente la Psico-educación que consiste en la explicación en forma breve del modelo teórico de trabajo al paciente, dándole información sobre sus problemas y padecimientos; esto resulta muy importante y útil. El principal efecto que tiene este tipo de trabajo es el aumento de la adherencia al tratamiento, factor crucial para el éxito terapéutico. Esto se debe a que el paciente al entender lo que le pasa y notar que el terapeuta también logra comprenderlo en su padecer, se da frecuentemente un aumento en la motivación que logra incrementar lo que llamamos adherencia. La misma consiste en una colaboración activa por parte del paciente en el tratamiento animándose a revisar creencias disfuncionales, cumplir ciertas tareas o estar abierto a las sugerencias o indicaciones terapéuticas.

La psico-educación o la educación, es una obligación ética con el paciente, nosotros no somos los dueños de la verdad, las personas tienen derecho a saber lo que les pasa, no debemos ponernos en una actitud paternalista, esto tampoco implica dar cualquier tipo de diagnóstico a cualquier paciente. Como toda herramienta puede ser bien usada o mal usada, el problema no es de la intervención sino de la pericia del profesional que hace uso de ella. La correcta utilización es un tópico necesaria; para ello es importante que el Terapeuta tenga un profundo conocimiento del cuadro que está tratando, conozca las bases teóricas del tratamiento y sepa explicarlo en forma sencilla y clara. También es importante tener un modelo simple que

permita ser transmitido al paciente, porque si se le dan explicaciones ambiguas u oscuras, probablemente se logre el efecto contrario al buscado.

4.3.3.2. Biblioterapia

Esta modalidad técnica pone el énfasis en darle información precisa al paciente sobre su situación, para eso se le sugiere o se le dan ciertos libros que traten sobre sus problemas para que el paciente lea, esta es una forma efectiva de reforzar ciertos aspectos trabajados en el tratamiento, en ciertos casos también logra aumentar el compromiso y disminuir las ansiedades.

4.4. Psicoterapia de Albert Ellis

En Enero de 1953, Ellis, abandonó el psicoanálisis, y empezó a referirse a sí mismo como terapeuta racional. Había comenzado a desarrollar una nueva fórmula de psicoterapia más activa y directiva que requería que el terapeuta ayudase al cliente a entender que su filosofía personal contenía creencias que crean dolores emocionales. Su nueva aproximación enfatizaba el trabajo de cambiar activamente creencias y comportamientos contraproducentes del cliente demostrando su irracionalidad y rigidez. Ellis relaciona todo a estas creencias irracionales con la falsa pretensión de querer ser perfecto y amado por todo el mundo. Albert Ellis contribuyó al desarrollo de la teoría cognitivo conductual a partir de 1955 y formuló la terapia racional emotiva.

4.4.1. La Terapia Racional Emotiva (TRE)

Ellis denominó a su terapia la "terapia racional emotiva". Su forma de trabajar guardaba similitudes con la "terapia cognitiva" de Beck y actualmente existen muchas sub-corrientes, variantes y escuelas que han utilizado los principios terapéuticos propuestos por ambos autores. Ellis centra su teoría en la sencilla frase atribuida al filósofo estoico griego Epícteto: "Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos". Para éste autor, las emociones son consecuencia de un acontecimiento activador, suceso o situación, que da lugar al desarrollo de un sistema de creencias, a partir de las cuales el sujeto desarrolla emociones, pensamientos y acciones. Según su modelo, muchas personas construyen creencias erróneas a partir de acontecimientos negativos que les hacen instalarse en actitudes o formas de sentir que provocan emociones o conductas disfuncionales que les perpetúan su sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación. Éstas conductas o actitudes son comportamientos "auto-saboteadores" (contrarios a los propios intereses u objetivos), que dificultan (o impiden) la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios. En general, se caracterizan por estar asociadas a demandas absolutistas y otras distorsiones cognitivas; éstas podrían agruparse en tres clases:

- Demandas sobre uno mismo ("yo debo..." o "yo necesito...").
- Demandas sobre los otros ("él debe..." o "tú debes...").
- Demandas sobre el mundo ("el mundo debe..." o "la vida debe...").

Existen una gran variedad de “errores de pensamiento” típicos en los que la gente se obsesiona y pierde su capacidad para ver otras dimensiones de su vida. Se deben básicamente a una tendencia a ignorar lo positivo, exagerar lo negativo y hacer generalizaciones prejudiciales para sí mismos.

Ellis menciona 12 ideas irracionales que conducen a creencias irracionales, perjudiciales para el individuo:

1. La idea de que existe una tremenda necesidad en los adultos de ser amados por otros.
2. La idea de que ciertos actos son feos o perversos, por lo que los demás deben rechazar a las personas que los cometen.
3. La idea de que es horrible cuando las cosas no son como nos gustaría que fueran.
4. La idea de que la miseria humana está causada invariablemente por factores externos y se nos impone por gente y eventos extraños a nosotros.
5. La idea de que si algo es, o podría ser peligroso o aterrador, deberíamos estar tremendamente obsesionados y desahogados con ello.
6. La idea de que es más fácil eludir que enfrentar las dificultades de la vida y las responsabilidades personales.
7. La idea de que necesitamos de forma absoluta otra cosa más grande o más fuerte que nosotros en la que apoyarnos.
8. La idea de que siempre debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y ambiciosos en todos los aspectos.
9. La idea de que si algo nos afectó considerablemente, permanecerá haciéndolo durante toda nuestra vida.
10. La idea de que debemos tener un control preciso y perfecto sobre las cosas.
11. La idea de que la felicidad humana puede lograrse a través de la inercia y la inactividad.
12. La idea de que no tenemos control sobre nuestras emociones y que no podemos evitar sentirnos alterados con respecto a las cosas de la vida.

Para simplificar, Ellis también menciona las tres creencias irracionales principales:

1. Debo ser increíblemente competente, o de lo contrario no valgo nada
2. Los demás deben considerarme; o son absolutamente estúpidos
3. El mundo siempre debe proveerme de felicidad, o me moriré.

Según Ellis (1978): La TRE puede ser utilizada para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiadas en un tiempo razonablemente breve, porque constituye un enfoque que, por una parte, es amplio y múltiple: es decir, emplea varios métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integrante, y por otra, una terapia filosófica y teórica, que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos, que parecen ser la base de sus actos contraproducentes, y esto muestra claramente a esas personas cómo fijar la atención en sus filosofías negativas y cómo proceder a desarraigarlas. Es una terapia realista, que a nada compromete, así como directiva activa.

Seguidamente, según Kazdin (1998): La Terapia Racional Emotiva se apoya en lo que los individuos se dicen a sí mismos, ya que la estructura y contenido de estas afirmaciones pueden examinarse y desafiarse en el contexto de las sesiones de tratamiento, sin embargo, puede llevarse a cabo en la vida diaria. Aquí se desean minimizar los disturbios emocionales y la conducta auto-derrotista del orientado, adquiriendo una visión de vida más realista, así como reducir la tendencia de culparse a sí mismo y a otros por lo que no sale como se espera y aprenda métodos para manejar las dificultades futuras. El rol del orientador consiste en educar al consultante con las destrezas e identificar y disputar efectivamente las creencias irracionales, para enseñarle a cambiarlas por otras más funcionales.

La TRE, es un proceso activo, en el cual se presentan Técnicas Cognitivas como la Disputa Lógica, que ayuda a debilitar las creencias irracionales; la Disputa Empírica que provee evidencia al orientado sobre su pensamiento incongruente; la Disputa Funcional que lleva a la persona a reconocer que no es operativo su pensamiento; la Disputa Racional que intenta reestructurar o modificar las opiniones mal-adaptativas para reemplazarlas por otras más lógicas; y la Precisión Semántica, eliminando el uso de frases como "no puedo, no tengo, no debo". Del mismo modo, está la Técnica de Imaginación Racional Emotiva, que estimula al orientado a practicar pensamientos y actuar de la forma que le gustaría comportarse en la vida real.

Con respecto a las Distorsiones Cognitivas, se definen como formas identificadas de errores en el procesamiento de información y que desempeñan un papel predominante en la psicopatología al producir la perturbación emocional. Estas percepciones empobrecedoras que realiza el paciente acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, lo llevan a desarrollar fobias, depresión, problemas de autoestima, obesidad, entre otras.

También, las Distorsiones Cognitivas comúnmente causan las emociones o conductas disfuncionales caracterizadas por causar sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación, implicar comportamientos auto-saboteadores (contrarios a los propios intereses u objetivos), dificultar o impedir la realización de las conductas necesarias para lograr las metas y la asociación a demandas absolutistas.

Varios autores como Beck, Navas y Ruiz han enumerado diferentes tipos de distorsiones cognitivas, tales como:

Pensamiento Todo o Nada: Interpreta los eventos y personas en términos absolutos, evidenciando el uso de palabras como "siempre", "nunca", "todos", cuando su empleo no está justificado por los acontecimientos propiamente. Ejemplo: "¡Soy un fracaso total y completamente indeseable!".

Sobre-generalización: Son juicios abarcadores, extremistas o predicciones basadas en un solo incidente. Ejemplo: "¡Me va mal con las mujeres!".

Filtro Mental o Abstracción Selectiva: Consiste en focalizar un detalle del contexto (por lo general un aspecto negativo y se exagera), excluyendo la situación total. Conocida también como Descalificación de lo Positivo. Ejemplo: "¡Fallé hoy y ahora no podré realizarlo nunca!".

Saltar a conclusiones: Asumir algo negativo cuando no hay apoyo empírico para ello, como suponer las intenciones de otros o predecir el resultado de eventos antes de que sucedan. Ejemplo: "Desde el momento en que los demás me han visto, como no debí hacerlo, ya me ven como un estúpido incompetente".

Magnificación y Minimización: Subestimar y sobreestimar la manera de ser de eventos o personas. Se minimizan los aciertos y se maximizan los errores. Ejemplo: "Mis aciertos son pura casualidad y no son importantes". "Mis errores son un total desastre".

Razonamiento Emocional: Consiste en asumir que nuestras emociones, sobre todo las negativas, reflejan la forma en que somos realmente. Tomamos los sentimientos como hechos o verdad. Ejemplo: "¡Me siento un total incompetente y mi sentimiento prueba lo que soy!".

Los Deberías: Concentrarse en lo que uno piensa que debería ser en lugar de ver las cosas como son, y tener reglas rígidas que se piensa que deberían aplicarse sin importar el contexto situacional. Ejemplo: "¡No debo ser tan agradable a los demás, debo demostrar distancia!".

Etiquetado: Consiste en definir de modo simplista y rígido a los demás o a si mismo, a partir de un detalle aislado o por un aspecto parcial de su comportamiento. Ejemplo: "Soy un tonto".

Personalización: Conocida como falsa atribución, consiste en asumir que uno mismo u otros han causado cosas directamente, cuando muy posiblemente no haya sido el caso en realidad. Cuando se aplica a si mismo puede producir ansiedad y culpa, y aplicado a otros produce enojo exacerbado y ansiedad de persecución. Ejemplo: "Se que se están riendo de mí".

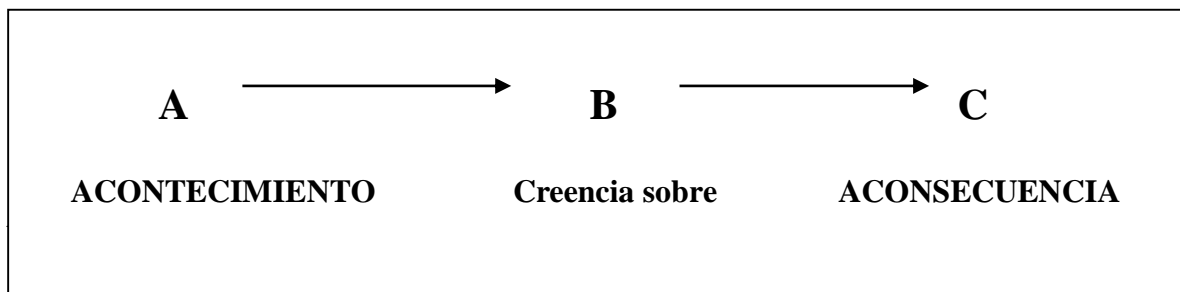
Culpabilidad: Es la actitud de empeñarse en buscar culpables cuando las cosas no van como estaba previsto. Ejemplo: "¡Si no lo hubiese conocido, no me estaría ocurriendo esto!".

La idea principal de las Distorsiones Cognitivas son los "debo", "tengo que", "no debo", entre otros, semejando obligaciones absolutas que dan lugar a los "tremendismos" (algo más peor que malo), los "no puedo soportar" (algo insufrible) y la "condena" (hacia sí mismo o los demás por el comportamiento), que ocasionan sentimientos extremos de ansiedad, ira, baja autoestima, depresión o culpa. La labor del orientador es demostrar al consultante que su percepción del mundo en un determinado momento, es sólo una de las posibles formas de percibir la situación y ciertamente, no la más enriquecedora. Luego, se ayudará al orientado a desarrollar pensamientos alternativos y formas de plantearse frente al hecho que le resulta problemático o frustrante en su vida. Igualmente, se enseñará al paciente a cuestionar estos modelos de mundo para que así descubra soluciones acertadas, percatándose de que no es que no existan opciones adecuadas, sino que él no las había visto.

El desarrollo del Modelo Cognitivo Conductual que propone la modificación de las estructuras de pensamiento de las personas, para así cambiar sus respuestas ante diversas situaciones. Del mismo modo, se presenta la Terapia Racional Emotiva (TRE) como base de las operaciones del diagnóstico conductual, empleando métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales para superar sentimientos y conductas inapropiadas, reflejadas en Distorsiones Cognitivas del ser humano, que son errores en el procesamiento de información y se trabaja en base a ellas para des-adaptarlas de la visión del mundo de las personas.

4.4.2. El modelo ABC

Se explica mediante el siguiente esquema:



A: Representa cierta situación/estímulo real a la que el sujeto se enfrenta.

B: Indica la manera cognoscitiva como el sujeto responde. Las creencias racionales o irracionales.

C: Simboliza las consecuencias emocionales o las reacciones como resultado de B.

B: Indica la manera cognoscitiva como el sujeto responde. Las creencias racionales o irracionales.

C: Simboliza las consecuencias emocionales o las reacciones como resultado de B. Y se puede añadir:

D: Implica la confrontación terapéutica, el debate de los pensamientos irracionales.

E: Representa los cambios emocionales y conductuales o la nueva forma de pensar y comportarse ante la adquisición de nuevas creencias. Es decir, no son los acontecimientos externos los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas. Más bien el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos, es quién en última instancia produce tales consecuencias emotivo – conductuales ante esos eventos.

El que los eventos tengan una mayor o menor resonancia en sus consecuencias, es decir produzcan estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o moduladas y racionales dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas (creencias) de ese sujeto particular.

Esos acontecimientos serán valorados en tanto impliquen a las metas personales del sujeto. Ahora bien, las metas podrán ser perseguidas de modo irracional, produciendo un "procesamiento de la información absolutista" y consecuencias psicológicas de trastorno, o bien siguiendo un "procesamiento de la información preferencial" (Campell, 1990) y consecuencias emocionales saludables. El que predomine uno u otro "procesamiento de la información" hará que el ratio (razón o división entre) "salud psicológica/trastorno psicológico" varíe en cada caso.

Referencias Bibliográficas: (de Marco Teórico)

Olivares, J. y Méndez, F (1998). Técnicas de Modificación de Conducta
Universidad Autónoma de Madrid.

Labrador, F. Cruzado, J y Muñoz, M. (1997). Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta.
Universidad de Madrid.

Ellis, (Traducción: Ed. D.D.B. 1990). Handbook of rational - emotive therapy.
Springer Publishing Company, New York

Resines, R. (2006). Qué es la autoestima.

Extraído el 14 de Junio de 2012 de: http://www.acropolix.com/Educacion/edu_autoestima.htm

Citados en: gclerici@psi.uba.ar mjgarcia@psi.uba.ar

- Sherman, y Roberts, (1998).
- Baldwin, y Hoffmann, (2002).
- Rosenberg, (1986).
- Savin-Williams y Demo, (1984)
- Hart, Fegley y Brengelman, (1993)
- Deihl, Vicary y Deike, (1997).
- Bolognini, Plancherel, Bettschart y Halfon, (1996).
- Harter, Waters y Whitesell, (1998).
- Usmiani y Daniluk, (1997).
- Ellis Albert, (1956). Traducción (1990).
- Mark Williams (1997).

MARCO METODOLÓGICO

Participantes

La investigación se realizó en la Escuela Politécnica del Ejército ESPE, considerando como universo a los 508 estudiantes: 214 hombres y 294 mujeres que ingresaron al período preparatorio de la carrera de Geográfica y Medio Ambiente.

Unidad de Análisis

A los 508 estudiantes, se les aplicó el Test de Rosenberg para medir su Autoestima actual. “El test de Autoestima de Rosenberg, originalmente construida por él, en 1965; mide la autoestima entendida como aquellos sentimientos de respeto y aceptación hacia uno mismo, La valoración que de nuestra manera de ser, de quienes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. La escala de autoestima se considera un instrumento ampliamente validado a través de su aplicación en múltiples investigaciones psicológicas (Curbow y Somerfield, 1991; Kernis y Grannemann, 1991; Roberts y Monroe, 1992; A. J. Vázquez, R. Jiménez y R. Vázquez, 2004). Dicha escala está formada por 10 ítems con dos alternativas de respuesta (sí o no). La mitad de los ítems están planteados de forma positiva y la otra mitad de forma negativa. El rango de puntuaciones del cuestionario es de 0 a 40. “Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la autoestima”.(Ver anexo instrumentos: pag: 1 a 3)

En primer lugar, los participantes llenaron una pregunta ubicada al inicio del test para recabar un dato de interés que permitió dividir la muestra; (Sexo) a continuación contestaron los 10 ítems del Test de Rosenberg. De dicha evaluación se obtuvo como resultado, 397 estudiantes con Baja Autoestima: 204 mujeres y 193 hombres que constituyeron la Unidad de Análisis de este trabajo.(Ver anexo de estadísticas, pags: 1 12)

Población y Muestra

Población

Los 397 estudiantes con Baja Autoestima, 193 hombres y 204 mujeres que ingresaron al período de Nivelación de la Escuela Politécnica del Ejército a la carrera de Geográfica y Medio Ambiente, de septiembre a noviembre de 2012.(Ver anexo de estadísticas, pags: 1 12)

Muestra:

Se procedió a extraer una muestra no probabilística, misma que se dividió en dos grupos naturales:(Ver anexo de estadísticas, pags: 13 y 14)

- Grupo M: 20 Mujeres jóvenes (entre 18 y 19 años) que actualmente presentan Baja Autoestima.

- Grupo H: 20 Hombres jóvenes entre 18 y 19 años) que actualmente presentan Baja Autoestima.

Considerando los siguientes criterios de inclusión:

- Predisposición de los sujetos (estudiantes) para participar en el estudio.
- Acuerdos entre los sujetos y el investigador sobre la naturaleza del trabajo, lugar y tiempo para las reuniones.
- Necesidad de los estudiantes de superar su Baja Autoestima.
- Proyección de logro de los sujetos en la superación de la Baja Autoestima.

Posteriormente se realizó una comparación de los resultados de ambos grupos para comprobar que había una relación significativa entre la autoestima y el género de las personas.

Métodos

Se utilizaron diferentes métodos, técnicas e instrumentos como los siguientes:

Deductivo: se trata de un procedimiento que consiste en desarrollar una teoría empezando por formular sus puntos de partida o hipótesis básicas y deduciendo luego sus consecuencias con la ayuda de las subyacentes teorías formales. Pasa de lo general a lo particular, de forma que partiendo de unos enunciados de carácter universal y utilizando instrumentos científicos, se infieren enunciados particulares.

Inductivo: cuando el proceso de razonar nos lleva de lo particular a lo general, de una parte a un todo. Inducir es ir más allá de lo evidente. La generalización de los eventos es un proceso que sirve de estructura a todas las ciencias.

Comparativo: Es el procedimiento de comparación sistemática de objetos de estudio que, por lo general, es aplicado para llegar a generalizaciones empíricas y a la comprobación de hipótesis.

Hipotético – deductivo: tiene varios pasos esenciales: observación del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia.

Técnicas

Observación permite registrar en forma sistemática, patrones conductuales de personas, objetos y sucesos a fin de obtener información sobre el fenómeno de interés.

Encuesta: es un estudio en el cual el investigador **obtiene los datos a partir de realizar un conjunto de preguntas** normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, formada a menudo por personas, empresas o entes institucionales, con el fin de conocer estados de opinión, características o hechos específicos.

Fichaje: técnica utilizada por los investigadores. Es un modo de recolectar y almacenar información.

Instrumentos

Cuestionarios: instrumento de investigación que se utiliza, de un modo preferente, en el desarrollo de una investigación en el campo de las ciencias sociales. Su construcción, aplicación y tabulación poseen un alto grado científico y objetivo; es un medio útil y eficaz para recoger información en un tiempo relativamente breve. En su construcción pueden considerarse preguntas cerradas, abiertas o mixtas.

Registros: fichas para registrar datos observados en forma permanente y continua. Serán elaborados según la necesidad y naturaleza de la investigación.

Test: son herramientas que permiten evaluar o medir las características psicológicas de un sujeto. Las respuestas dadas por una **persona** son comparadas a través de métodos estadísticos o cualitativos con las respuestas de otros individuos que completaron el mismo test, lo que permite realizar una clasificación.

Recolección de información

Plan de Análisis

Se procesó la información considerando el diseño y tipo de investigación y los indicadores de observación de variables en las sesiones realizadas; esto es:

- 1.- Observación diaria de la modificación de pensamientos y creencias;
- 2.- Observación de las diferencias en la modificación de pensamientos y creencias se presenten entre hombres y mujeres.

Se ejecutó la siguiente planificación:

ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Aplicación del Test de Autoestima de Rosenberg (Diagnóstico y Recolección de datos)	Investigador y Sujetos del Universo (Primer encuentro)
Calificación del Test	Investigador
Tabulación y comparación de resultados (hombres y mujeres)	Investigador
Representación gráfica de resultados	Investigador
Diseño de la Muestra	Investigador
Planificación del Programa Terapéutico (20 Sesiones de Terapia Racional Emotiva) dividiendo la Muestra en dos grupos: hombres y mujeres.	Investigador
Elaboración de Matrices y registros y contrato terapéutico para el Investigador y para los Participantes	Investigador
Preparación de recursos a utilizar durante las sesiones (Computador, Proyector, Videos, Dinámicas, Hojas de trabajo, Tareas para la casa, Música, Registros, Espacio Físico).	Investigador y Personal de la ESPE
Primera Sesión: Identificación de los participantes, Contrato terapéutico, Explicación del Programa	Investigador y Participantes
Segunda Sesión: Explicación del Modelo A. B. C.	Investigador y Participantes
Sesión 3: Elaboración de un FODA personal.	Investigador y Participantes
Sesión 4 hasta la 20: Aplicación de la Terapia Racional Emotiva.	Investigador y Participantes
Sesión de Cierre: Compromiso de asistir una vez al mes a terapia para realizar un seguimiento.	Investigador y Participantes
Aplicación de Pos test (Rosenberg)	
Análisis e interpretación de resultados	Investigador
Tabulación de resultados	Investigador
Interpretación de resultados	Investigador
Elaboración de cuadros y gráficos	Investigador
Verificación de Hipótesis	Investigador
Conclusiones y recomendaciones	Investigador
Elaboración de Informe de la Investigación	Investigador

Programa para elevar la autoestima

El grupo de muestra fue sometido a un programa terapéutico para elevar su Autoestima, con la utilización de la “Terapia Racional Emotiva” de Albert Ellis. Finalizado el programa, los sujetos fueron evaluados nuevamente con el instrumento inicial. Para posterior analizar los logros y las diferencias los logros alcanzados por los hombres y los logros alcanzados por las mujeres.

Procedimiento de las sesiones

Considerando que el objetivo de la TRE es un cambio de filosofía que permita a la persona pensar de un modo casi automático de forma más lógica tanto sobre sí mismo como sobre los demás y sobre el mundo. Para conseguir este objetivo se trabajó con lo que Ellis denomina Fortalecimiento del Hábito, es decir, que los pacientes fueron trabajando en interiorizando las nuevas creencias a través de los diferentes procedimientos utilizados durante el proceso terapéutico, así como también a través de la realización de tareas de enfrentamiento con los acontecimientos activadores (A). A través de estas tareas se pretendió que tengan el mayor número de contactos posible con los acontecimientos activadores que suscitan ideas irracionales (B) así pudieron detectar y darse cuenta de las consecuencias emocionales (C) que las acompañan. Esto permitió a los pacientes debatir sus propias creencias y fomentar ideas racionales hasta ir cambiando su filosofía de vida.

El trabajo de terapias, se inició el 10 de Septiembre de 2012 y finalizó el 16 de Noviembre de 2012. Consistió en 20 sesiones terapéuticas con la aplicación de la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis. Las sesiones se realizaron dividiendo a la muestra en dos grupos: 20 hombres y 20 mujeres. Cada grupo recibió dos sesiones terapéuticas por semana; Lunes y Miércoles, Martes y Jueves respectivamente, en horario de 16:00 horas a 18:00 horas. (Ver anexos de Metodología)

Aspectos trabajados: tomando en cuenta la individualidad de cada participante.

- FODA personal como un auto-diagnóstico
- Identificación de cogniciones (creencias, pensamientos, imágenes mentales, distorsiones cognitivas) en diferentes situaciones, síntomas e intensidad.
- Conciencia de la existencia de sus erradas cogniciones.
- Reestructuración cognitiva.
- Técnicas de auto-relajación.
- Conductas no verbales,
- Habilidades sociales básicas
- Reconocimiento y expresión de emociones,
- Dar y recibir halagos.
- Auto-registros
- Modelos
- Entrenamiento en asertividad
- Proyecto de Vida

Se ejecutaron actividades: individuales, grupales, sociales y recreativas. Se iniciaba cada sesión con una técnica breve de animación grupal, a fin de disminuir la ansiedad, y con algunas técnicas de respiración y

relajación. Se definían algunos términos de acuerdo al objetivo de la sesión, con ayudas visuales (láminas, carteles, videos, películas power point).

Para lograr la generalización de lo aprendido se utilizaron diferentes estrategias, como las tareas para la casa con auto-supervisión de la tarea asignada, practicando con ellos y fijando conceptos a través del uso de registros y listas elaboradas por los pacientes y el terapeuta.

Para establecer un compromiso formal con los participantes se elaboró un Contrato Terapéutico, estableciéndose las condiciones del tratamiento y las responsabilidades a cumplir por el paciente, el terapeuta y el grupo en general. (Ver anexo instrumentos pags: 4 y 5).

Se realizó el pos-test al término del programa terapéutico mediante la aplicación del test de Rosemberg.

Cada sesión fue previamente planificada considerando la realidad de cada grupo y los logros en el proceso. (Ver anexo instrumentos pags: 6 a 26 y Metodología de sesiones terapéuticas)

Como objetivos que en cada sesión se planificaron los siguientes:

1. Integración, conocimiento interpersonal y compromiso personal.
2. Conocer el modelo A. B. C. de Albert Ellis.
3. Identificar herramientas personales: fortalezas y debilidades; así como amenazas y oportunidades.
Para que cada paciente perciba cómo se encuentra al iniciar el proceso como información adicional a los resultados del TEST ROSENBERG.
4. Conocer e identificar las distorsiones cognitivas.
5. Conocer e identificar las creencias irracionales.
6. Conocer e identificar los pensamientos automáticos.
7. Comprender como las distorsiones cognitivas, creencias irracionales y pensamientos automáticos dirigen el sentir y actuar del ser que las padece.
8. Identificar fácilmente, sus distorsiones cognitivas, creencias irracionales y pensamientos automáticos que dirigen el sentir y actuar.
9. Identificar fácilmente, sus distorsiones cognitivas, creencias irracionales y pensamientos automáticos que dirigen el sentir y actuar. Y, practicar la auto-relajación.
10. Aplicar exitosamente la técnica de auto-relajación.
11. Elaborar un listado personal y formal de: distorsiones cognitivas, creencias irracionales y pensamientos automáticos.
12. Elaborar un listado de alternativas y posibilidades que eliminen las distorsiones cognitivas, creencias irracionales y pensamientos automáticos.
13. Elaborar un listado de alternativas y posibilidades que eliminen las distorsiones cognitivas, creencias irracionales y pensamientos automáticos.
14. Enseñar la técnica de auto-instrucciones a los pacientes para modificar sus distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos e ideas irracionales.
15. Comprender que como seres humanos nos desenvolvemos en función de los procesos: cognitivos, emocionales y conductuales; y que esos aspectos son los que se deben regular para recuperar y mantener el bienestar.
16. Que el paciente sea capaz de determinar si tiene problemas y la capacidad de solucionarlos.

17. Enseñar a tomar decisiones.
18. Enseñar la técnica de comportamiento asertivo.
19. Enseñar la técnica de modelado, a fin de que encuentren patrones de comportamiento adecuados.
20. Que el paciente aprenda a planificar utilizando la técnica proyecto de vida
21. Desarrollo del test post tratamiento, afirmación de técnicas y procesos de auto-aplicación y acuerdos varios. (EN ANEXOS ESTÁ LA METODOLOGÍA DE CADA SESIÓN).

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Procesamiento de la Información.

Los resultados se han organizado en registros y matrices, luego expresados en gráficos estadísticos y cuadros. (LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS SESIONES TERAPÉUTICAS SE ENCUENTRAN EN ANEXOS)

Análisis de resultados

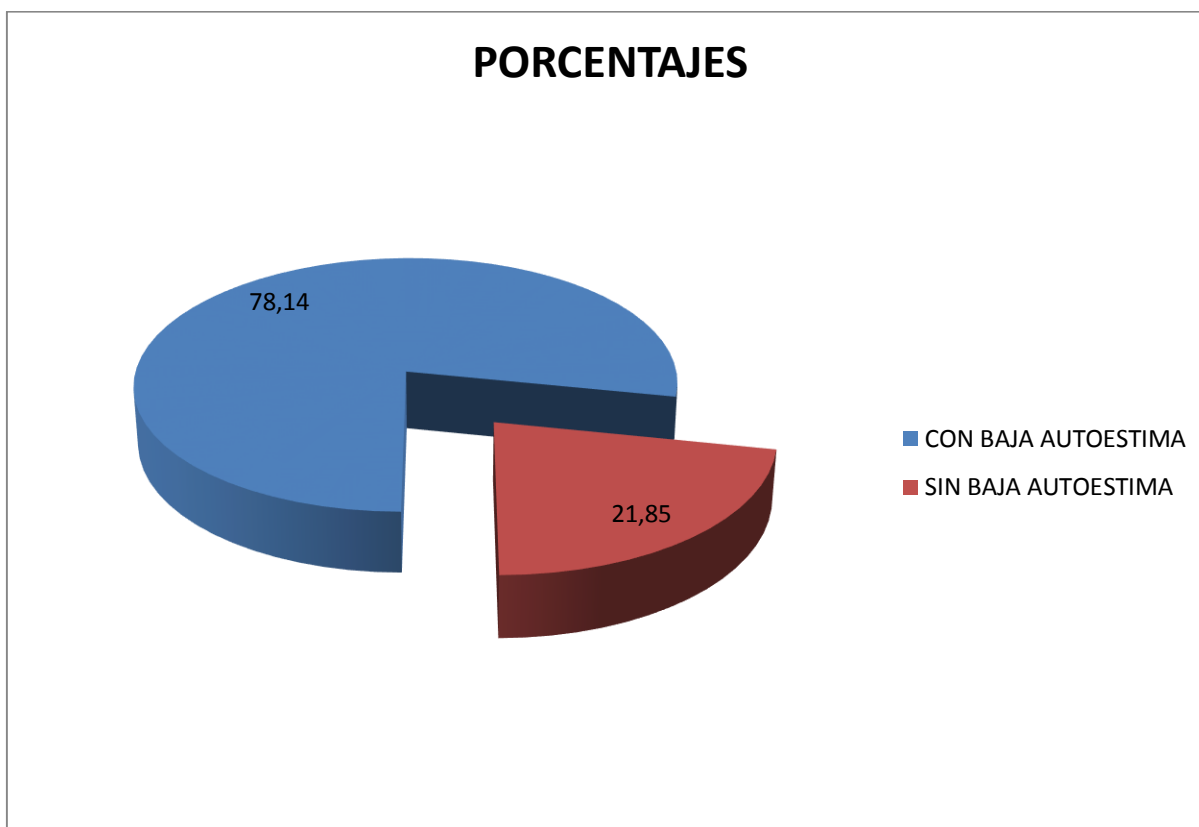
Inicialmente, al tabular los resultados según puntajes en el test de Rosenberg, llamó mucho la atención el alto porcentaje de estudiantes hombres y mujeres con Baja Autoestima dentro del universo considerado (Ver anexo de estadísticas, pags: 1 12)

Se atribuye tal fenómeno a las condiciones del momento de realización de la investigación. Esto es: Los estudiantes iniciarían el período Preparatorio en la Escuela Politécnica del Ejército, siempre y cuando superen la evaluación propuesta por la SENESCYT. Además tenían la información de que en grupos evaluados semanas antes, gran número de estudiantes no aprobaron o fueron asignados a universidades y carrearas diferentes a sus proyecciones de vida.

CUADRO #1 UNIVERSO Y POBLACIÓN

El cuadro representa el porcentaje de pacientes hombres y mujeres con Baja Autoestima que constituirán la Población de investigación.

CON BAJA AUTOESTIMA - Población (Unidad de análisis)	SIN BAJA AUTOESTIMA	TOTAL Universo Hombres y Mujeres
397	111	508
%78,14	%21,85	%100



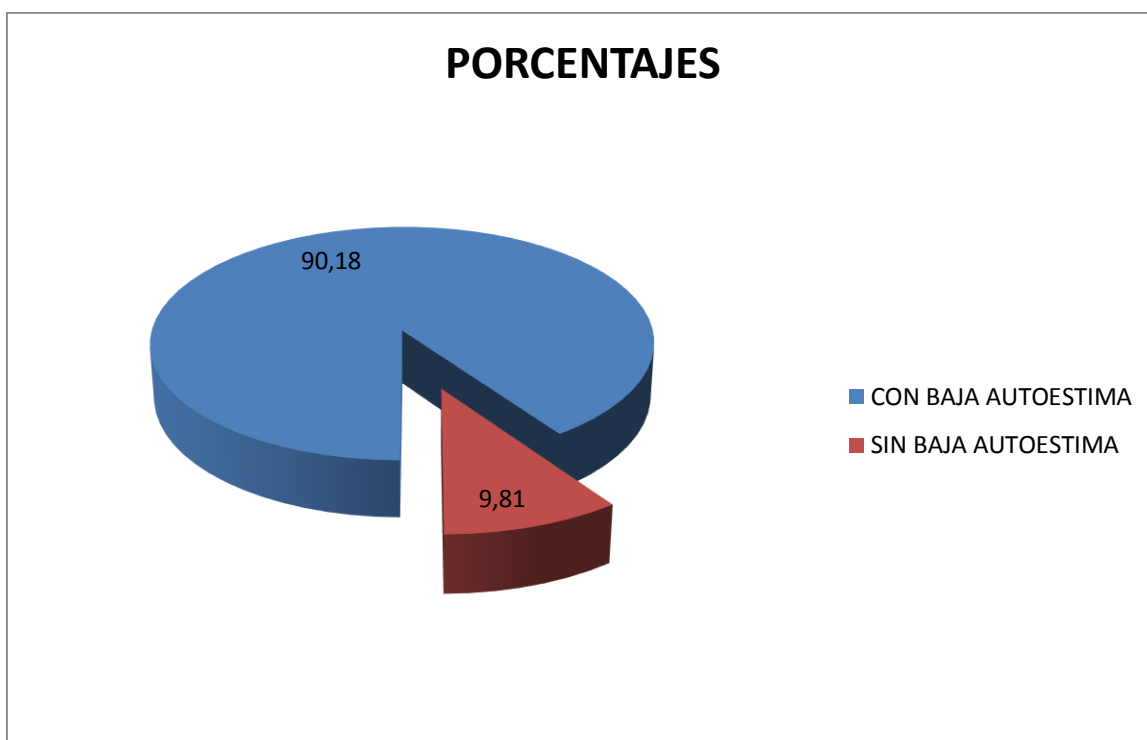
Considerando el Universo, resulta el 90,18% de estudiantes hombres con Baja Autoestima frente al 69,38% de estudiantes mujeres. Una razón puede ser que por las características del momento ya mencionado,

los hombres se sienten más presionados y comprometidos con la elección de una carrera y/o profesión, o eso es lo que la sociedad espera del hombre, proveedor de la familia, por tradición.

CUADRO # 2 HOMBRES CON BAJA AUTOESTIMA
(Considerando el grupo universo)

En el grupo universo hay 214 hombres, de estos, 193 presentan baja autoestima

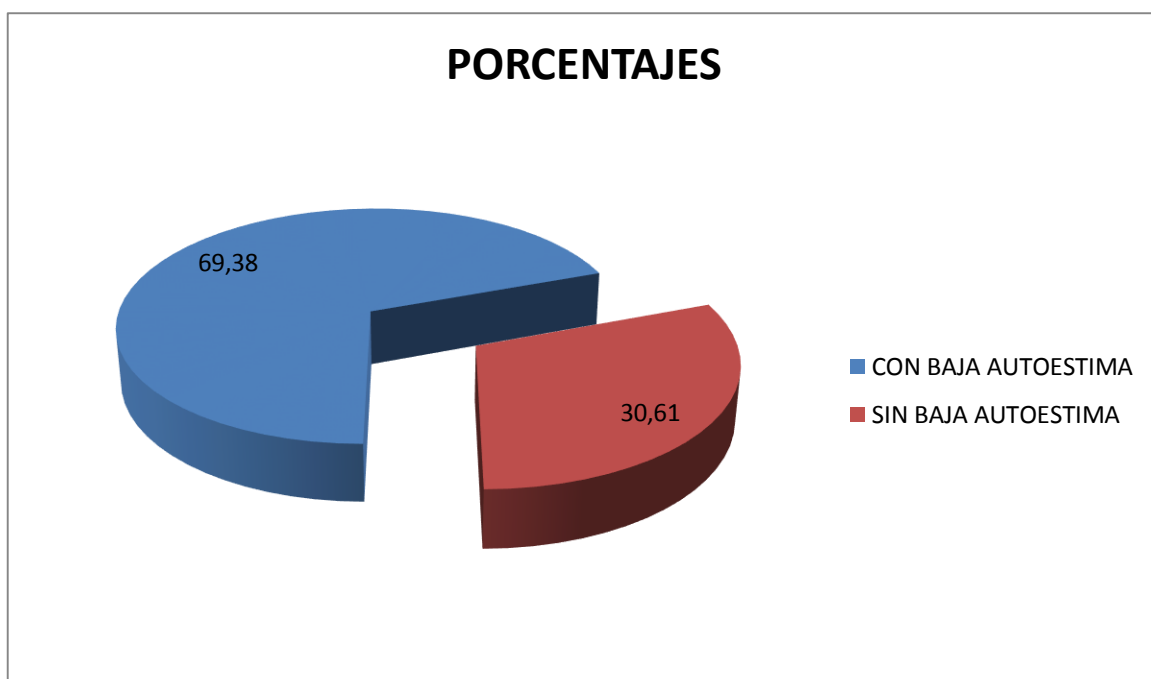
CON BAJA AUTOESTIMA	SIN BAJA AUTOESTIMA	TOTAL HOMBRES
193	21	214
%90,18	%9,81	%100



CUADRO # 3 MUJERES CON BAJA AUTOESTIMA
(Considerando el grupo universo)

En el grupo universo hay 294 mujeres, de estas, 204 presentan baja autoestima

CON BAJA AUTOESTIMA	SIN BAJA AUTOESTIMA	TOTAL MUJERES
204	90	294
%69,38	%30,61	%100



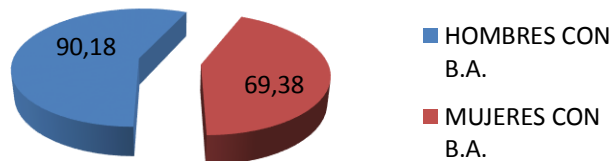
CUADRO #4 HOMBRES Y MUJERES CON BAJA AUTOESTIMA

(Considerando el grupo universo y la población)

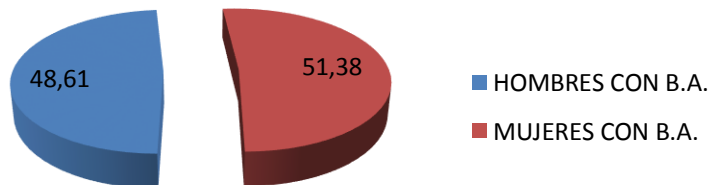
Conforman el universo 214 hombres y 294 mujeres (total 508 personas). Conforman la población 193 hombres y 204 mujeres (total 397 pacientes). La población son sujetos hombres y mujeres con Baja Autoestima.

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Universo:	214	294	508
Población:	193	204	397
De universo:	%90,18 Baja Autoestima	%69,38 Baja Autoestima	%100
De población:	%48,61 Baja Autoestima	%51,38 Baja Autoestima	%100

PORCENTAJES (del universo)

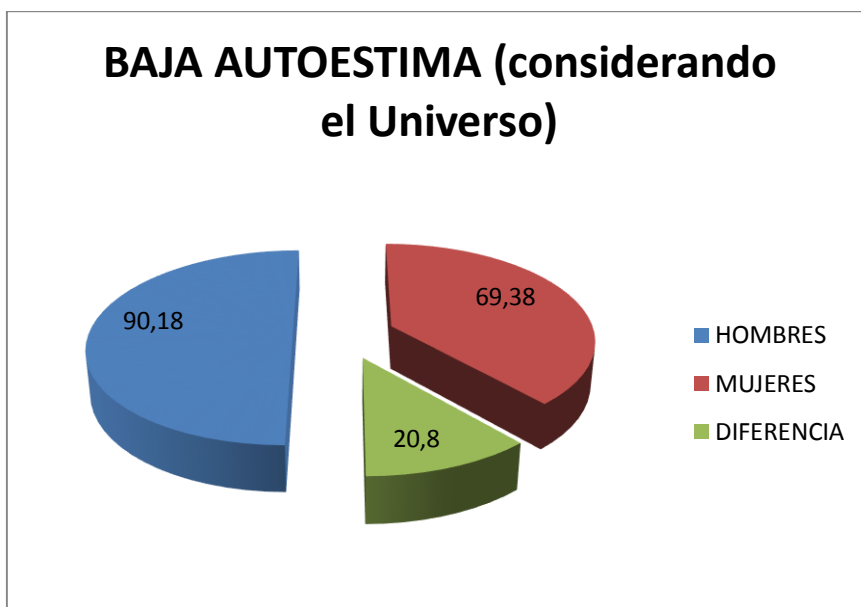


PORCENTAJES (de la población)



CUADRO # 5 DIFERENCIA ENTRE EL NÚMERO DE HOMBRES Y NÚMERO DE MUJERES CON BAJA AUTOESTIMA
(Considerando el grupo universo)

			DIFERENCIA
CON BAJA AUTOESTIMA	SIN BAJA AUTOESTIMA	TOTAL MUJERES	Baja Autoestima %69,38
204	90	294	Autoestima Normal %30,61
%69,38	%30,61	%100	
CON BAJA AUTOESTIMA	SIN BAJA AUTOESTIMA	TOTAL HOMBRES	Baja Autoestima %90,18
193	21	214	Autoestima Normal %9,81
%90,18	%9,81	%100	
			Baja Autoestima %20,80



Considerando la población, se obtiene el 48,61% de hombres con baja autoestima y el 51,38% de mujeres.

CUADRO # 6 ESTUDIANTES CON BAJA AUTOESTIMA
(Considerando la población)

La población la conforman todos los sujetos que en el grupo universo presentan baja autoestima.

HOMBRES	MUJERES	TOTAL
193	204	397
%48,61	%51,38	%100



CUADRO # 7 PARTICIPANTES

UNIVERSO: Total de estudiantes de la carrera de Geográfica y Medio Ambiente que ingresan al período preparatorio = 508 Estudiantes: Hombres = 214 Mujeres = 294	
POBLACIÓN Estudiantes con niveles bajos de Autoestima	MUESTRA No probabilística
397 Estudiantes: 193 Hombres 204 Mujeres	40 estudiantes: 20 Hombres 20 Mujeres

CUADRO # 8 RESUMEN

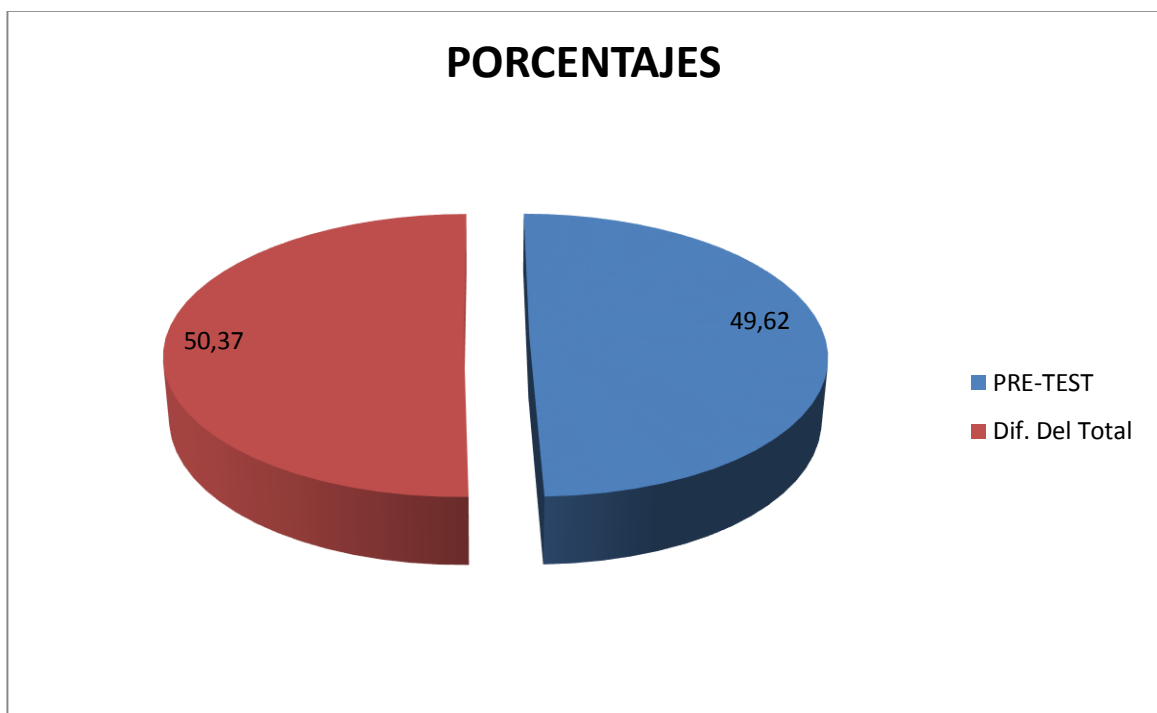
UNIVERSO		POBLACIÓN (Estudiantes con niveles bajos de Autoestima)		MUESTRA	
508 = %100		397 = %78,14		40 = %10,07	
HOMBRE	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
214	294	193	204	20	20
%42,12	%57,87	%48,61	%51,38	%10,36	%9,80

En los resultados de Pre-test, (Ver anexo de estadísticas, pags: 13 y 14) considerando la muestra, los puntajes presentan la siguiente diferencia: Los hombres obtienen el 49,62% del puntaje total esperado y las mujeres el 52,25%. Existiendo una diferencia de 2,63% a favor de las mujeres.

CUADRO #9 RESULTADOS DE PRE – TEST HOMBRES

De la muestra de 20 hombres, el total del puntaje ideal sería 800 puntos. Los sujetos de muestra reúnen un total de 397 puntos; resultando una diferencia de 403 puntos del puntaje ideal.

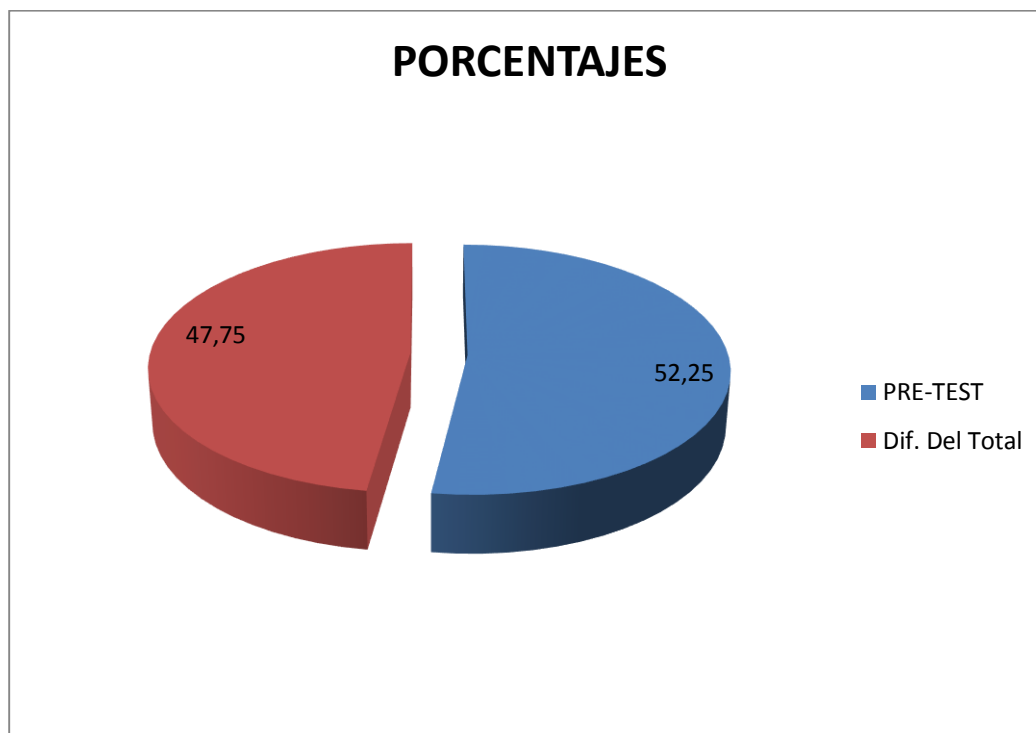
TOTAL PRE-TEST	Diferencia del Total
397	403
%49,62	%50,37



CUADRO # 10 RESULTADOS DE PUNTAJES DE PRE – TEST MUJERES

De la muestra de 20 mujeres, el total del puntaje ideal sería 800 puntos. Los sujetos de muestra reúnen un total de 418 puntos; resultando una diferencia de 382 puntos del puntaje ideal.

TOTAL PRE-TEST	Diferencia del Total
418	382
%52,25	%47,75



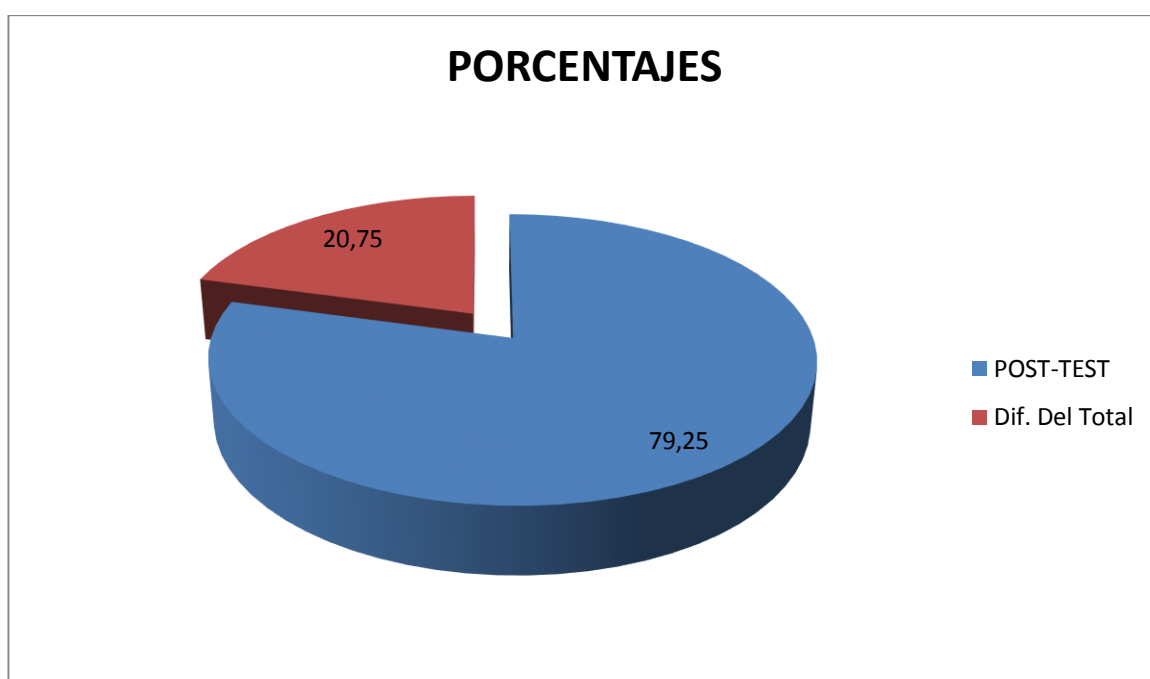
Durante el proceso terapéutico las mujeres demostraron actitudes de cierta resistencia en el momento de refutar las ideas irracionales. Los hombres se mostraron más coherentes y flexibles. Pues las cogniciones entre hombres y mujeres son diferentes.

Los puntajes de Pos-test (Ver anexo de estadísticas, pags: 15 y 16) presentan la siguiente diferencia: Los hombres obtienen el 79,25% del puntaje total esperado y las mujeres el 77,62%. Existiendo una diferencia de 1,63% a favor de los hombres.

CUADRO # 11 RESULTADOS DE POS – TEST HOMBRES

De la muestra de 20 hombres, que asistieron al programa terapéutico, el total del puntaje ideal sería 800 puntos. Los sujetos de muestra reúnen un total de 634 puntos; resultando una diferencia de 166 puntos del puntaje ideal.

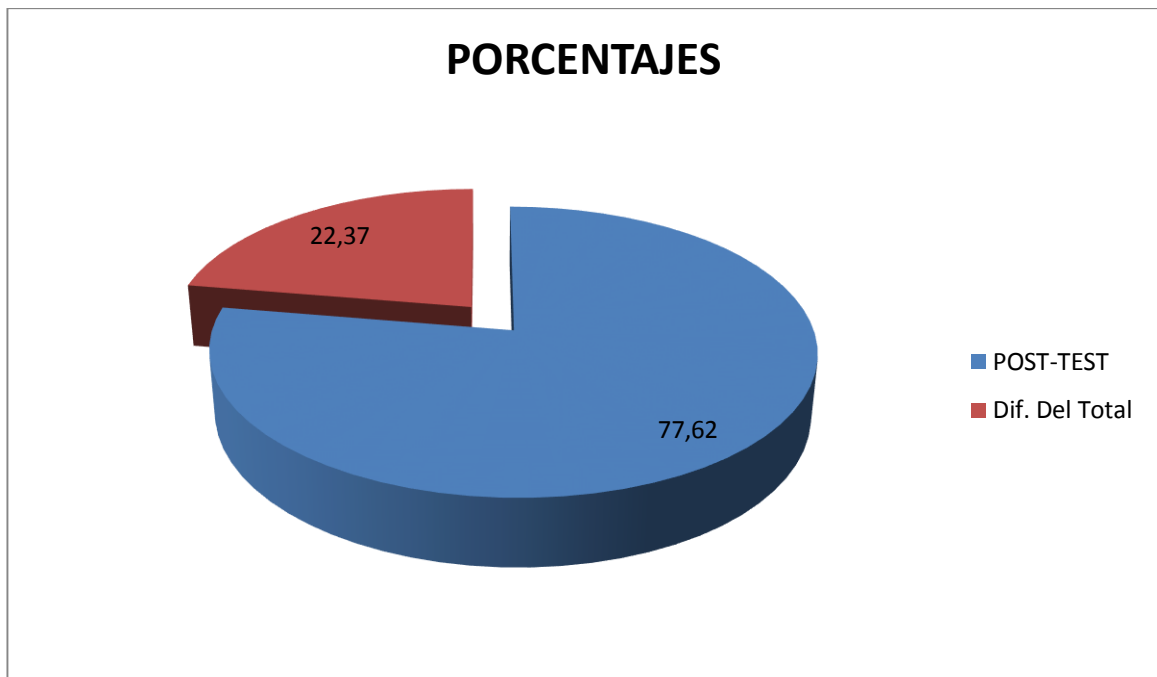
TOTAL POS-TEST	Diferencia del Total
634	166
%79,25	%20,75



CUADRO 12 RESULTADOS DE PUNTAJES DE POS – TEST MUJERES

De la muestra de 20 mujeres que asistieron al programa terapéutico, el total del puntaje ideal sería 800 puntos. Los sujetos de muestra reúnen un total de 621 puntos; resultando una diferencia de 179 puntos del puntaje ideal.

TOTAL POS-TEST	Diferencia del Total
621	179
%77,62	%22,37



Tomando en cuenta los objetivos de la Investigación. La Terapia Racional Emotiva, aplicada para elevar la autoestima, resultó más eficaz para los hombres que para las mujeres, en un 4,26%. A las mujeres les es más difícil debilitar creencias irracionales, y evitar pensamientos automáticos así como distorsiones cognitivas. Pareciera que estas cogniciones son más arraigadas en el género femenino. En general, la Terapia Racional Emotiva, es eficaz para elevar el Autoestima en hombres y en mujeres.

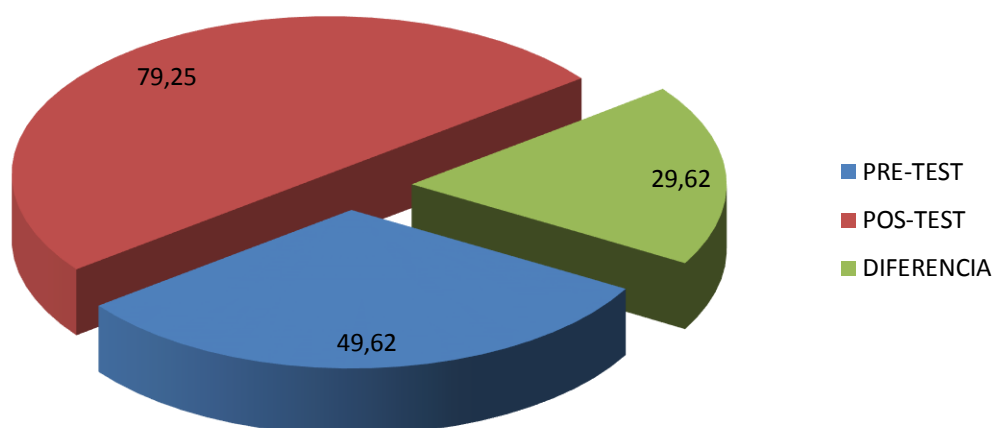
**CUADRO # 13 RESULTADOS DE EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA
PACIENTES HOMBRES CUADRO COMPARATIVO DE PRE TEST Y POS TEST**

N.	CASO	PRE - TEST	POS - TEST	DIFERENCIA
1	1	17	32	15 puntos
2	2	22	31	9 puntos
3	3	20	30	10 puntos
4	4	20	28	8 puntos
5	5	20	35	15 puntos
6	6	19	27	8 puntos
7	7	20	34	14 puntos
8	8	19	40	21 puntos
9	9	20	33	13 puntos
10	10	22	34	12 puntos
11	11	20	28	8 puntos
12	12	17	35	18 puntos
13	13	22	38	16 puntos
14	14	21	27	6 puntos
15	15	18	35	17 puntos
16	16	20	32	12 puntos
17	17	21	26	5 puntos
18	18	24	31	7 puntos
19	19	17	30	13 puntos
20	20	18	28	10 puntos
TOTAL		397 puntos	634 puntos	237 puntos

CUADRO # 14 EFICACIA DE LA (TRE) HOMBRES

TOTAL PRE-TEST	TOTAL POS-TEST	DIFERENCIA entre pre y pos TEST
397	634	237
%49,62	%79,25	%29,62

PORCENTAJES

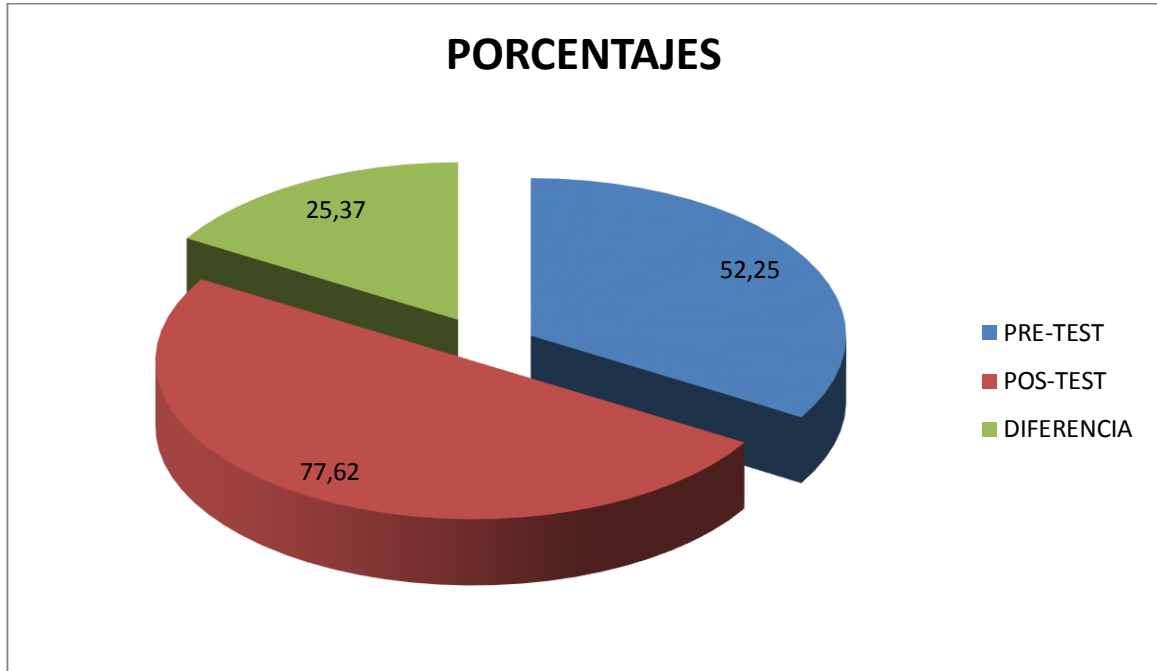


**CUADRO # 15 RESULTADOS DE EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA
PACIENTES MUJERES CUADRO COMPARATIVO DE PRE TEST Y POS TEST**

N.-	CASO	PRE - TEST	POS - TEST	DIFERENCIA
1	1	18	35	17 puntos
2	2	21	30	9 puntos
3	3	20	28	8 puntos
4	4	20	26	6 puntos
5	5	22	29	7 puntos
6	6	22	30	8 puntos
7	7	25	28	3 puntos
8	8	22	26	4 puntos
9	9	22	33	11 puntos
10	10	17	30	13 puntos
11	11	23	35	12 puntos
12	12	18	27	9 puntos
13	13	22	39	17 puntos
14	14	21	29	8 puntos
15	15	22	37	15 puntos
16	16	21	35	14 puntos
17	17	21	32	11 puntos
18	18	23	27	4 puntos
19	19	21	33	12 puntos
20	20	17	32	15 puntos
TOTAL		418 puntos	621 puntos	203 puntos

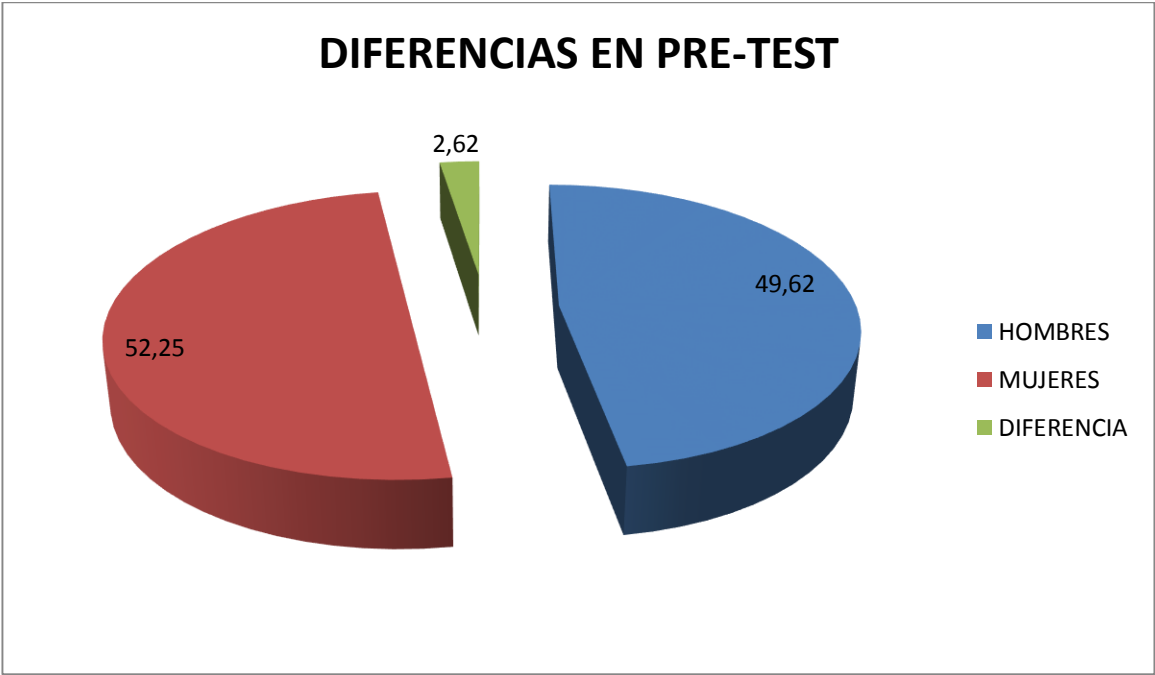
CUADRO # 16 EFICACIA DE LA (TRE) MUJERES

TOTAL PRE-TEST	TOTAL POS-TEST	DIFERENCIA entre pre y pos TEST
418	621	203
%52,25	%77,62	%25,37

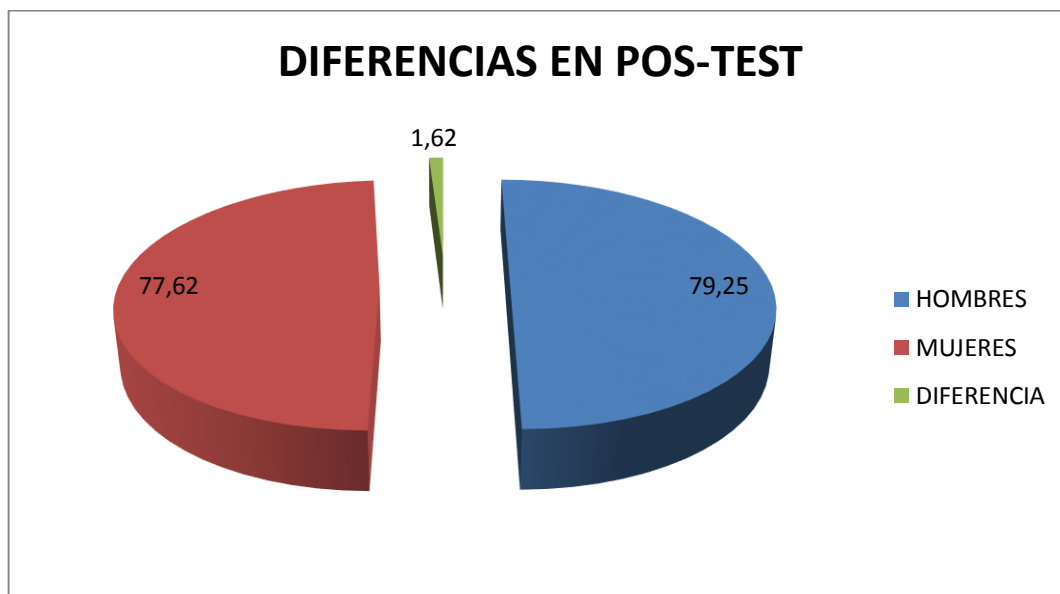


CUADRO # 17 DIFERENCIA DE PUNTAJES DE PRE Y POS TEST ENTRE HOMBRES Y MUJERES

	HOMBRES	MUJERES	DIFERENCIA TOTA
PRE-TEST	397 = 49,62%	418 = 52,25%	21 = 2,62%
POS-TEST	634 = 79,25%	621 = 77,62%	13 = 1,62%
DIF. PRE y POS TEST	237 = 29,62%	203 = 25,37%	34 = 4,25%

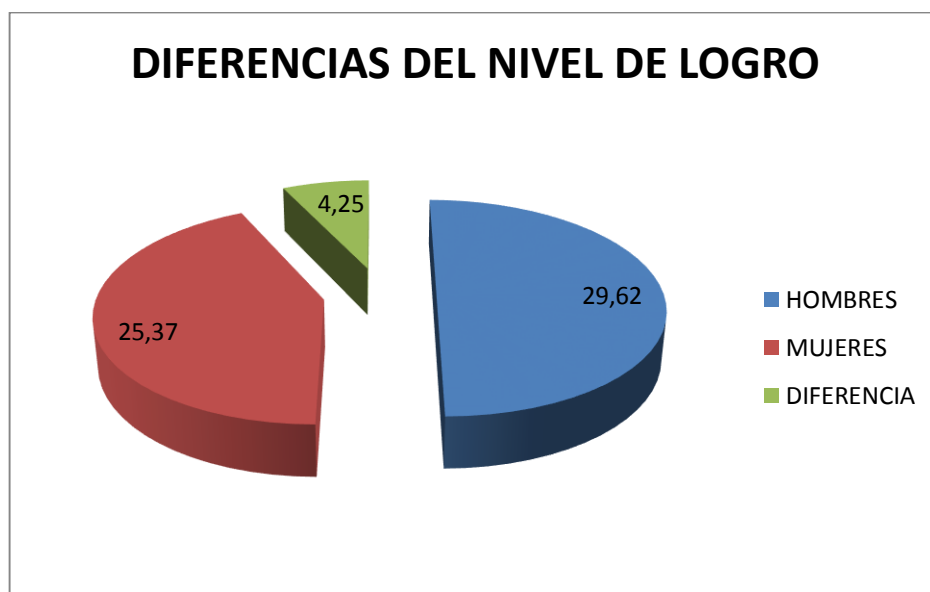


CUADRO # 18 DIREFERENCIAS EN POS-TEST



CUADRO # 19 DIFERENCIAS DEL AUMENTO DE AUTOESTIMA EN HOMBRES Y MUJERES DESPÚES DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO

Entre los puntajes de pre-test y pos-test; los hombres presentan una diferencia de 29,62%. Mientras que las mujeres del 25,37%. Es decir los hombres superan a las mujeres con 4,25% en su nivel de aumento de Autoestima después del programa terapéutico de la TRE.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- ✓ La Terapia Racional Emotiva, aplicada para elevar el Autoestima, es más eficaz para los hombres que para las mujeres.
- ✓ Las Distorsiones Cognitivas y creencias Irracionales son más arraigadas en la mujeres
- ✓ La Terapia Racional Emotiva, es eficaz para elevar el Autoestima

Recomendaciones

- ✓ Aplicar con seguridad la Terapia Racional Emotiva en casos de Baja Autoestima en hombres y en mujeres
- ✓ Los mensajes que se trasmiten a seres humanos, especialmente en las etapas de desarrollo niñez y adolescencia debieran ser a medida de lo posible de motivación, estimulación y apoyo emocional positivo.
- ✓ En la Escuela Politécnica del Ejército deben realizarse talleres, conferencias, conversatorios, etc. Para sensibilizar a toda la comunidad Educativa sobre el diario compartir con los semejantes.
- ✓ Hombres y mujeres, seres humanos sensibles. Debemos compartir el día a día, considerándonos diferentes pero complementarios unos de otros.

C. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Tangibles

- **Olivares, J. y Méndez, F** (1998). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Universidad Autónoma de Madrid.
- **Labrador, F. Cruzado, J y Muñoz, M.** (1997). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Universidad de Madrid.
- **Ellis,** (Traducción: Ed. D.D.B. 1990). *Handbook of rational - emotive therapy*. Springer Publishing Company, New York

Virtuales

- **Resines, R.** (2006). *Qué es la autoestima*.
Extraído el 14 de Junio de 2012 de:
http://www.acropolix.com/Educacion/edu_autoestima.htm

ANEXOS

ANEXO 1. PROYECTO DE INVESTIGACION

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL
ECUADOR**

**FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
INSTITUTO SUPERIOR DE POSTGRADO**

TÍTULO

**“DETERMINAR SI LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA
CONDUCTUAL PARA ELEVAR EL AUTOESTIMA ES MÁS EFICAZ
PARA LOS HOMBRES O PARA LAS MUJERES”:** estudiantes que
ingresan al período de nivelación a la carrera de Geográfica y Medio
Ambiente

**MAESTRÍA EN CIENCIAS PSICOLÓGICAS CON
MENCIÓN
EN PSICOTERAPIA**

**AUTORA: DRA. OKIA MARIELA CALDERÓN LÓPEZ
TUTOR: DR. NELSON RODRÍGUEZ AGUIRRE**

2012

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Formulación del Problema:

La Sección de Psicología de la Unidad de Bienestar Estudiantil (UBE) de la Escuela Politécnica del Ejército (ESPE), dentro de su planificación anual de actividades, contempla la realización de Talleres de “Inducción Universitaria” dirigido a los Jóvenes que ingresan al período de nivelación en las diferentes carreras que la institución ofrece. En dicho proceso se ha podido constatar que el 74% de jóvenes hombres y el 78% de jóvenes mujeres; viven en un mundo lleno de temor, vergüenza, no se valoran ellos como tal ni menos valoran lo que hacen, no se trazan metas, no son capaces de llevar a buen término un proyecto que se les encargue, no generan ideas de progreso, viven aburridos, deprimidos y con poco entusiasmo, tienen poco sentido del humor, por lo tanto son normalmente tristes, no aceptan su realidad, son tímidos e introvertidos, prefieren que otros hablen de sus éxitos, tienen dificultad para socializar, son callados y generalmente se aíslan; Es decir, evidencian “Baja Autoestima” situación que no les permite dar a conocer sus ideas, habilidades y destrezas tanto físicas como cognitivas.

Por ello; es necesaria una intervención terapéutica, que permita superar este problema en los jóvenes hombres y mujeres, para mejorar su desenvolvimiento académico y social. Se pretende la solución mediante la aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), misma que nos llevará a determinar su eficacia considerando el género de los pacientes.

Preguntas de investigación:

¿La Terapia Racional Emotiva para elevar la autoestima es más eficaz para los hombres o para las mujeres?

¿Las creencias e ideas irracionales son más arraigadas en los hombres o en las mujeres?

OBJETIVOS:

Objetivo general

“Determinar si la terapia racional emotiva para elevar el autoestima es más eficaz para los hombres o para las mujeres”.

Objetivo específico:

Comprobar si las creencias e ideas irracionales son más arraigadas en los hombres o en las mujeres.

Analizar el grado de eficacia de la Terapia Racional Emotiva en hombres y en mujeres

Justificación

El Autoestima de hombres y mujeres, se ve intensamente influida por el concepto que tienen de sí mismo y de los demás; lo que sienten por sí mismos y por los demás y por las condiciones sociales. Son aspectos básicos de las relaciones humanas, y por lo tanto, decisivos en el desenvolvimiento del ser en sus diferentes contextos. La cultura, la política, la economía, la sociedad, la historia misma; están determinadas por la autoestima de las personas, y al mismo tiempo son determinantes. Nada escapa a la influencia de la autoestima.

Según estadísticas obtenidas en la Escuela Politécnica del Ejército; el 70% de estudiantes que han reprobado en diferentes asignaturas, han presentado, fuertes rasgos de baja autoestima, antes de iniciar los cursos académicos.

Esta realidad, me ha motivado e impulsado a planificar un proyecto de Investigación, con el propósito de transformar la situación actual de los jóvenes esperando dar solución a los ya mencionados problemas que presentan; al igual que determinar la eficacia de la Terapia Racional Emotiva según el género.

Profesionalmente me interesa realizar esta Investigación, ya que en mi gestión laboral tengo bajo mi responsabilidad el bienestar integral de la comunidad Educativa de las carreras: Finanzas, Geográfica y Medio Ambiente y Auditoría; de la Escuela Politécnica del Ejército.

Esta propuesta de investigación es ciertamente original, porque es un problema que será tratado por primera vez en los jóvenes que ingresan al período de Nivelación en la carrera de Geográfica y Medio Ambiente de la Escuela Politécnica del Ejército.

Además, el Señor Vicerrector Académico de la ESPE, afirma que: “*el problema de la Baja Autoestima, es el principal que afecta directamente a los jóvenes de dicha comunidad. En consecuencia, su solución permitirá afrontar otros*”. Por tal razón, la investigación a realizar es significativa e importante puesto que permitirá superar este problema de baja autoestima en los jóvenes mejorando su desenvolvimiento académico y social. Se pretende la solución mediante la aplicación de la Terapia Racional Emotiva (TRE), misma que nos llevará a determinar su eficacia en hombres y en mujeres.

El presente proyecto de investigación se llevará a efecto en la Escuela Politécnica del Ejército durante el período de tiempo comprendido entre el 03 de Septiembre al 16 de Noviembre de 2012.

La investigación es viable porque se tiene el respaldo suficiente de la institución de la Escuela Politécnica del Ejército” (ESPE) esto es: de autoridades, profesores, psicólogos, padres de familia y jóvenes estudiantes. Además se cuenta con el tiempo y recursos materiales necesarios.

MARCO TEÓRICO:

Revisión de las Teorías actuales que explican el problema

La autoestima es uno de los pilares fundamentales sobre el que se construye la personalidad de hombres y mujeres desde la infancia, de esta depende el grado de ajuste psicológico durante la adolescencia y la adultez. Sin embargo, la autoestima no es un rasgo estático ni estable en el tiempo, sino más bien un índice dinámico y sujeto a cambios (Baldwin y Hoffmann, 2002)¹, que se ve influido por las experiencias a las que las personas nos vemos expuestas. Teniendo en cuenta que la adolescencia es un periodo en el que los y las jóvenes, deberán hacer frente a importantes cambios y resolver distintas tareas evolutivas (Havighurst, 1972)², es de esperar que su nivel de autoestima experimenten cambios y fluctuaciones.

Los estudios que han analizado la evolución de la autoestima durante la adolescencia no han aportado datos concluyentes. Algunas investigaciones coinciden en encontrar un decremento en la autoestima durante la adolescencia inicial, que tiende a recuperarse a largo de la adolescencia media y tardía. Cuando los y las adolescentes vayan ganando en autonomía, libertad, responsabilidad y acepten su nueva apariencia física, el autoestima mejorará.

Otros trabajos, consideran que la evolución de la autoestima depende de diferencias individuales (hombres y mujeres), ya que mientras que en determinados jóvenes su autoestima permanece estable durante la adolescencia, para otros sufre más fluctuaciones (Baldwin y Hoffmann, 2002; Deihl, Vicary y Deike, 1997)³. Al mismo tiempo, otras investigaciones destacan la importancia del dominio específico en el que el joven se valore (Bolognini, Plancherel, Bettschart y Halfon, 1996; Harter, Waters y Whitesell, 1998)⁴. Parece que en este momento, determinados aspectos cobran una gran importancia para la valoración que el joven hace de su persona, así por ejemplo, la apariencia física se convierte en un aspecto central de la autoestima en estos años, sobre todo durante la adolescencia inicial (Usmiani y Daniluk, 1997)⁵. En su desarrollo los/as jóvenes demandan más libertad, en nuestra cultura no es extraño que, al menos en un primer momento, los progenitores dificulten dicha libertad e incluso la restrinjan; retardando así el alcance de autonomía.

En el año 1956 el Dr. Albert Ellis inicia una nueva corriente en psicoterapias que hoy se conoce con el nombre de Terapia Racional Emotiva (TRE). Algunos años después, en 1962, el Dr. Aaron T. Beck inicia una nueva propuesta en psicoterapias que denomina Terapia Cognitiva (TC) y que muy pronto adquiriría gran prestigio por su eficacia para enfrentar la depresión. Ambas corrientes, junto con otras nuevas orientaciones integradoras, conductuales y sociales, están comprendidas en lo que hoy podríamos denominar la “Corriente

Cognitiva Conductual” en psicoterapias, que adopta el modelo de la psicología cognitiva. El paradigma de la psicología cognitiva (y las terapias cognitivas) consiste en el principio de la mediación cognitiva. La reacción (o respuesta emotiva o conductual) ante una situación (o estímulo) está mediada por el proceso de significación (o evaluación) en relación a los objetivos (metas, deseos) de cada persona. Entre las presentaciones y defensas de este modelo podemos citar a Richard Lazarus (1991)⁶ y a Mark Williams & otros (1997)⁷. Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas esquemas, que dan lugar a evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona.

Posicionamiento teórico:

Desde su aparición en los años sesenta, el enfoque cognitivo de Aarón Beck se ha convertido en un enfoque más, para el tratamiento de la Baja Autoestima. Cientos de estudios empíricos han testado las hipótesis derivadas de la teoría cognitiva (Hagga, Dyck y Ernst, 1991) y múltiples investigaciones han evaluado los resultados clínicos (Dobson, 1989).

El primer desarrollo del modelo cognitivo y terapia de la depresión (Autoestima) aparece en Depression, 1967. La obra siguiente fue Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, 1976. Cognitive Therapy of Depression se publica en 1979, siendo traducida al español como Terapia Cognitiva de la Depresión.

La baja Autoestima es un estado complejo que transita con variedad de grados de severidad, cursos variables, manifestando diversidad sintomática y caracterizado por una alta reactividad a circunstancias de la vida actual. Una multiplicidad de factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan en ella.

El modelo cognitivo de la depresión reconoce los múltiples determinantes ya citados: biológicos, psicológicos y sociales.

A. Beck reconocido psicoanalista de Filadelfia presentó la primera versión del modelo cognitivo en 1963-1964 en dos artículos que aparecieron en los Archives of General

Psychiatry. Beck plantea que los “pensamientos negativos” que ya habían sido reconocidos como un rasgo sintomático de la Baja Autoestima, jugaban un rol central en el trastorno.

La terapia cognitiva aparece en la década de los 60 y 70 como un puente entre conductismo y psicoanálisis, siendo la palabra “cognición” la protagonista del cambio. Los movimientos conductistas consideraron en su evolución la importancia de “la caja negra”, reconociendo la necesidad de acceder a la misma a través de los procesamiento cognitivos; así surge el grupo cognitivo-comportamental. Por otro lado, representantes del psicoanálisis reconocen la importancia de conceptualizaciones y herramientas que permiten acceder a la investigación y a resultados terapéuticos más eficaces; de esta manera aparecen psicoanalistas que devienen

cognitivos o que integran este enfoque a su background. La llamada “revolución cognitiva” con su espíritu interdisciplinario e integrador, no es ajena a la aparición de la Terapia cognitiva. Se plantea que la terapia cognitiva ha nutrido el movimiento hacia la integración en psicoterapia (Arnkoff y Glass, 1992), experiencia en base a los fragmentos.

La Teoría del Modelo Cognitivo postula que las experiencias tempranas proporcionan la base para la construcción de esquemas como patrones que guían la visión sobre uno mismo, al mundo y el futuro. Las distorsiones cognitivas son el camino de acceso a esta visión y esquemas subyacentes.

Beck define la terapia cognitiva como un procedimiento activo, estructurado y colaborativo. Dos conceptos son clave en la terapia cognitiva: Empirismo Colaborativo y Autoterapia ampliada. Empirismo Colaborativo: La terapia es concebida como una co-construcción respecto a los objetivos y métodos a emplear. Se espera del terapeuta una actitud activa basada en la aceptación, empatía y autenticidad; para que pueda trabajar con las cogniciones del ser.

Se han distinguido los siguientes tipos de cogniciones (Beck, 2005; Beck y Emery con Greenberg, 1985; Edelman, 1992; Rouf et al., 2004)

Tanto los supuestos como las creencias nucleares forman parte del sistema de esquemas o estructuras cognitivos, los cuales son la forma en que la información es internamente organizada y representada en la memoria. Los esquemas incluyen elementos situacionales, sensoriales, fisiológicos, emocionales y conductuales junto con el significado que tienen para la persona. Al mismo tiempo determinan la forma en que vemos las cosas, es decir, influyen de modo fundamental en la información que la persona atiende, percibe, almacena y recupera y en las interpretaciones, valoraciones y asociaciones que hace en un momento dado (Bennett-Levy, Westbrook et al., 2004). Estos esquemas pueden ser más o menos específicos o generales según el número de situaciones con los que estén relacionados. Un esquema específico puede incluir la creencia “el terapeuta es siempre el principal responsable de que la terapia funcione o no”, mientras que uno más general podría incluir la creencia “soy responsable de prevenir cualquier daño que anticipe”.

La Autoestima se relaciona con la cognición y esta, con el proceso de percepción, cada individuo es único y tiende a ver las cosas en forma diferente según sus experiencias, valores, prejuicios, creencias, etc.

Los pensamientos son los que causan las emociones y los patrones cognitivos negativos originan una baja Autoestima. Es necesario detectar las situaciones que hacen sentir menos al sujeto, cuáles son los pensamientos negativos, cuando ocurren. Identificar los pensamientos irracionales y tratar de reemplazarlos por otros más positivos. No se trata solamente de pensar en positivo sino de generar una mayor autoestima mediante una correcta auto evaluación del paciente que le permita ser más optimista.

La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, creencias, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento; dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.

El mantenimiento de una Autoestima positiva tanto en hombres como en mujeres es fundamental. Dentro de cada ser, existen sentimientos ocultos que muchas veces no se perciben. Sentimientos, como el dolor, la tristeza, el rencor, y otros, si no son remediados, acaban por convertirse y ganar formas distintas. Llevando a los hombres y a las mujeres, no solo a sufrir depresiones continuas, sino también a tener complejo de culpabilidad, cambios repentinos del humor, crisis de ansiedad, de pánico, reacciones inexplicables, indecisiones, excesiva envidia, miedos, impotencia, hipersensibilidad y pesimismo; entre otros.

La Terapia Racional Emotiva, corrige las distorsiones de la percepción y produce una reestructuración del pensamiento. Los hombres y mujeres con baja autoestima tienen una visión negativa de sí mismo, de los demás, del futuro y del mundo. El abordaje terapéutico se centra en las creencias, las emociones, los síntomas físicos y el comportamiento del sujeto, es decir, cómo piensa, qué siente, qué dificultades tiene y cómo se comporta.

Ellis decía que: “creemos que necesitamos sentirnos amados por todo el mundo, tenemos prejuicios sexuales, religiosos, raciales y no aceptamos las cosas como son en realidad. Nos sentimos víctimas y tendemos a eludir las situaciones amenazantes en lugar de enfrentarlas, porque no confiamos en nosotros mismos pensando que tenemos que destacarnos en todo lo que hacemos, que las heridas recibidas nunca cicatrizarán, que tenemos que controlar todo, que el sufrimiento es necesario y que las emociones nos pueden controlarse. Nosotros mismos podemos liberarnos de todas estas ataduras y atrevernos a ser quien queremos ser.

Toda terapia, por lo tanto implicará una modificación de estas estructuras con la consiguiente modificación de las evaluaciones que logrará una modificación de las respuestas (emotivas y/o conductuales).

La Terapia Racional Emotiva, se ha caracterizado históricamente por el énfasis que pone en el criterio básico de que “los hombres y las mujeres tienen ideas irracionales de la vida que aunque inventadas por ellas mismas, las mantienen y les producen perturbaciones emocionales, cognitivas y conductuales. No son los acontecimientos los que nos perturban sino la interpretación que hacemos de los mismos

Ellis, motivado por aspectos como: La observación de la poca eficacia obtenida de tratamientos psicoanalíticos para resolver dificultades emocionales y la influencia del pensamiento filosófico de los estoicos, quienes sostenían que la perturbación emocional no está directamente provocada por la situación, sino por la interpretación que las personas hacen de ella. Propone la Terapia Racional Emotiva (TRE). Este método terapéutico intenta descubrir las irracionalidades de nuestros pensamientos y con ello sanar las emociones dolorosas, dramatizadas y exageradas que son consecuencia de los esquemas mentales distorsionados. Ellis

parte de la hipótesis de que no son los acontecimientos (**A**) los que nos generan los estados emocionales (**C**), sino la manera de interpretarlos (**B**). No es A quien genera C, sino B. Por tanto, si somos capaces de cambiar nuestros esquemas mentales (**D**) seremos capaces de generar nuevos estados emocionales (**E**) menos dolorosos y más acordes con la realidad, por tanto, más racionales y realistas.

Ellis supone que en realidad existe una interpretación errónea del concepto de Yo, del otro y del mundo. Y que es el funcionar con mecanismos rígidos y absolutistas lo que provoca que nos trastornemos.

La causa de las perturbaciones es la forma de pensar de hombres y mujeres, es decir, la manera cómo interpreta su ambiente y sus circunstancias y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre otras personas y sobre el mundo en general.

El esquema básico de la TRE es el denominado A-B-C: **A** es el acontecimiento activador, un suceso real y externo que se le presenta a una persona. Esto va a provocar consecuencias. **B** (Creencia). Es la cadena de pensamientos (auto-verbalizaciones) que tiene la persona como respuesta a **A**; y **C**. Es la consecuencia emocional o conductual de la persona. “**C**” no es causa directa de “**A**”, sino que “**C**” es causada por “**B**” (creencia acerca de “**A**”).

El objetivo inicial de la TRE es: Identificar los pensamientos irracionales y reemplazarlos por otros más racionales que le permitan lograr con más eficacia metas del tipo personal. Y el Objetivo final: es alterar el sistema de creencias para generar una nueva filosofía de la vida. Mediante técnicas como:

- Entrenamiento en detección de creencias irracionales.
- Persuasión verbal
- Entrenamiento en auto-instrucciones
- Escuchar y debatir. Entre otras.

Las investigaciones revelan que el *hombre* tiene menor cantidad de materia gris que la *mujer*; por ello el cerebro femenino tiene ventajas en el procesamiento de la información. Los varones tienen mayor cantidad de materia blanca, lo que permite que la información se mueva con más facilidad. El cuerpo calloso en las mujeres es más grande, por ello su habilidad verbal nata

Considerando que esta investigación tiene como objetivo general “Determinar si la Terapia Racional Emotiva es más eficaz para elevar la Autoestima en los hombres o en las mujeres”; es necesaria cierta información sobre las diferencias de Género. En el presente estudio, surgen aspectos psicológicos que los identifican.

HOMBRE	MUJER
Se orienta hacia las cuestiones prácticas, las tareas, las obligaciones y las cosas, más que hacia las personas.	Se orienta hacia la gente, tiene más posibilidades de establecer relaciones interpersonales óptimas.
Es predominantemente físico, afronta los problemas actuando, y en las discusiones puede llegar a ser violento.	Es predominantemente verbal, afronta los problemas hablando, rara vez incurre en violencia.
Es sumamente práctico.	Es sumamente emotiva.
La intuición decrece para dar paso a la lógica.	Posee un alto grado de intuición.
Realiza sus tareas de manera intensa y objetiva; mantiene su identidad al margen del trabajo.	Se apasiona más por las tareas que emprende, proyecta sus emociones y su propia identidad en el trabajo que lleva a cabo.
Se interesa más por los hechos y los datos.	Se interesa por los detalles humanos y personales, como por las anécdotas.
Visión más generalizada de los hechos.	Visión detallada de los hechos.
Generalmente olvida su cuerpo, puede separarlo fácilmente del alma.	Sensibilidad interna más aguda.
No está tan ligado a la intensidad de las sensaciones corpóreas.	Grado más alto de penetración entre el cuerpo y el espíritu.
Es poco descuidado de su aspecto físico.	Más afectiva y emotiva: se conmueve fácilmente, llora más. Es comprensiva y tierna.
Su conducta es resultado de la lógica.	Su conducta es resultado de sus emociones.
Su mundo gira alrededor de las cosas, de los hechos.	Tiende a actividades literarias, musicales, artísticas, sociales, religiosas.
Necesidad de competir y ganar.	El amor es el centro de su vida.
Comunicarse, estar informado e investigar.	Su mundo gira alrededor de las personas.
Buscar sus propias respuestas, rechaza la ayuda y el consejo.	Gran necesidad de intimar.

Plan Analítico:

CAPÍTULO I

1. El Autoestima.

Subcapítulos:

- 1.1. Teorías
- 1.2. Definición
- 1.3. Importancia
- 1.4. La Baja Autoestima
 - 1.4.1. Definición
 - 1.4.2. Características:
 - 1.4.2.1. Hombres
 - 1.4.2.2. Mujeres
 - 1.4.3. Consecuencias
- 1.5. La Autoestima desde el enfoque Cognitivo

CAPÍTULO II

- 2. La Terapia Racional Emotiva Conductual

Subcapítulos:

- 2.1. Evolución
- 2.2. Naturaleza
- 2.3. Proceso

CAPÍTULO III

- 3. Hombres y Mujeres

Subcapítulos:

- 3.1. Características
- 3.2. Diferencias

Referencias Bibliográficas:

Olivares, J. y Méndez, F (1998). Técnicas de Modificación de Conducta
Universidad Autónoma de Madrid.

Labrador, F. Cruzado, J y Muñoz, M. (1997). Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta.
Universidad de Madrid.

Ellis, (Traducción: Ed. D.D.B. 1990). Handbook of rational - emotive therapy.
Springer Publishing Company, New York

Resines, R. (2006). **Qué es la autoestima**. Extraído el 14 de Junio de 2012 de:
http://www.acropolix.com/Educacion/edu_autoestima.htm

Citados en: gclerici@psi.uba.ar mjgarcia@psi.uba.ar

- Sherman, y Roberts, (1998).
- Baldwin, y Hoffmann, (2002).
- Rosenberg, (1986).
- Savin-Williams y Demo, (1984)
- Hart, Fegley y Brengelman, (1993)
- Deihl, Vicary y Deike, (1997).
- Bolognini, Plancherel, Bettschart y Halfon, (1996).
- Harter, Waters y Whitesell, (1998).
- Usmiani y Daniluk, (1997).
- Ellis Albert, (1956). Traducción (1990).
- Mark Williams (1997).

Extraído el 15 de Junio de 2012 desde

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis:

1. La Reestructuración Cognitiva (proceso de la Terapia Racional Emotiva) para elevar la autoestima es más eficaz para los hombres, que para las mujeres.
2. Las creencias e ideas irracionales son más arraigadas en las mujeres que en los hombres.

Variables:

Variable Independiente:

- Reestructuración Cognitiva. (proceso de la Terapia Racional Emotiva)

Variables Dependientes:

- Autoestima de Hombres
- Autoestima de mujeres

Variables Intervenientes:

- Creencias
- Pensamientos automáticos

Definición Conceptual:

(VI) *La Reestructuración Cognitiva*, proceso de la Terapia Racional Emotiva: (TRE) Consiste en identificar los pensamientos irracionales y reemplazarlos por otros más racionales que permitan al sujeto lograr con más eficacia metas del tipo personal. El Objetivo: es alterar el sistema de creencias para generar una nueva filosofía de la vida. Considera que *"no son los acontecimientos los que nos perturban, sino nuestra interpretación que hacemos de los mismos"*; por ello pretende ayudar a los hombres y a las mujeres a conseguir pensamientos racionales y constructivos respecto a los acontecimientos, mediante el análisis y la reflexión sobre pensamientos y creencias irracionales.

(VD) *La autoestima en hombres y en mujeres*, es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia sí mismos, hacia la manera de ser y de comportarse, y hacia los rasgos del cuerpo y carácter. La importancia de la autoestima está en que se refiere al sentido a la valía personal. Por lo tanto, puede afectar la manera de estar y actuar en el mundo y de relacionarse con los demás. Por este motivo, el mantenimiento de una Autoestima positiva tanto en hombres como en mujeres es fundamental.

(V Intervinientes) *Las Creencias*, son el resultado directo de la relación entre la realidad y nuestros esquemas. Son todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia.

Los pensamientos automáticos, En general se dice que el pensamiento se relaciona con el fluir de la conciencia aparecen en el fluir del pensamiento normal y condicionan su dirección o curso; se les atribuye una certeza absoluta, por eso no son cuestionados y condicionan la conducta y el afecto; son breves, pueden ser verbales o aparecer en forma de imágenes, son fugaces, conscientes, pueden entenderse como la expresión o manifestación clínica de las creencias.

Definición Operacional:

❖ Reestructuración cognitiva:

Medida por la observación tasa de cambio de pensamientos y creencias en las sesiones realizadas. Además se aplicará el de medición de creencias.

❖ Autoestima de hombres y Autoestima de mujeres

Medida por la tasa diaria de aparición de habilidades sociales, actitudes y criterios positivos de sí mismo y de los demás.

❖ Diferencias de género de los participantes: hombres, mujeres

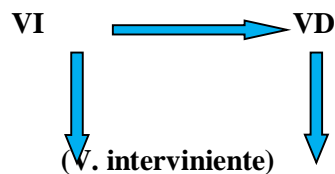
Medida por las diferencias que en la tasa de modificación de pensamientos y creencias se alcancen.

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo:

La presente investigación es de tipo:

CUANTITATIVO	Porque se medirá la relación entre variables. (Variable Independiente. Variables Dependientes y Variables Intervinientes).
NO EXPERIMENTAL	Porque no se hará variar intencionalmente la Variable Independiente. Se observará.
TRANSVERSAL	Porque el estudio se realizará en un tiempo determinado; esto es: del 03 de Septiembre al 16 de Noviembre de 2012.



Diseño:

Correlacional; porque se estudiará la relación entre Variables. Se medirán las Variables y luego se analizará la correlación; es decir se verificará el comportamiento de la variable Dependiente, frente a la acción de la Variable Independiente.

METODOLOGÍA

Unidad de Análisis:

La Unidad de Análisis en este trabajo es: los estudiantes hombres y mujeres que ingresan al período de Nivelación de la Escuela Politécnica del Ejército de septiembre a noviembre de 2012, que presentan Baja Autoestima.

Población:

Todos los estudiantes hombres y mujeres que ingresan al período de Nivelación de la Escuela Politécnica del Ejército a la carrera de Geográfica y Medio Ambiente de septiembre a noviembre de 2012, que presentan Baja Autoestima.

Diseño de la Muestra:

No probabilística. *Son 40 Sujetos, 20 hombres y 20 mujeres*; considerando los siguientes criterios de inclusión:

- Predisposición de los sujetos (estudiantes) para participar en el estudio.
- Acuerdos entre los sujetos y el investigador sobre la naturaleza del trabajo, lugar y tiempo para las reuniones.
- Necesidad de los estudiantes de superar su Baja Autoestima.
- Proyección de logro de los sujetos en la superación de la Baja Autoestima.

Métodos:

Observación: Método que permite identificar características y evolución de las variables; así: patrones conductuales de personas, objetos y sucesos a fin de obtener información sobre el fenómeno de interés. Para registrarlas en forma sistemática.

Deductivo: Procedimiento que consiste en desarrollar una teoría empezando por formular sus puntos de partida o hipótesis básicas y deduciendo luego sus consecuencias con la ayuda de las teorías formales. Pasa de lo general a lo particular, de forma que partiendo de unos enunciados de carácter universal y utilizando instrumentos científicos, se infieren enunciados particulares.

Comparativo: Es el procedimiento de comparación sistemática de objetos de estudio que, por lo general, es aplicado para llegar a generalizaciones empíricas y a la comprobación de hipótesis.

Hipotético – deductivo: tiene varios pasos esenciales: observación del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia.

Psicométrico: Aplicación de test considerando la naturaleza de los mismos; deben ser dirigidos por un profesional.

Técnicas:

Observación Directa: porque el investigador en persona, identifica características y evolución de las variables en su espacio natural.

Psicométrica: Permite la recolección de datos definidos, mediante la utilización de test. El manejo debe ser técnico.

Fichaje: técnica utilizada para recolectar y almacenar información en registros y/o fichas.

Instrumentos:

Registros: fichas para registrar datos observados en forma permanente y continua. Serán elaborados según la necesidad y naturaleza de la investigación.

Test: Escala de autoestima de Rosenberg: herramienta que permite evaluar o medir las características psicológicas de un sujeto referentes a su nivel de autoestima. Las respuestas dadas serán comparadas a través de métodos estadísticos considerando el género de los participantes, lo que permitirá realizar una diferenciación.

Plan de Análisis:

ACTIVIDADES	MOMENTO DE ACCIÓN
Aplicación del test de autoestima de de Rosenberg (Diagnóstico) (recolección de datos)	Primera reunión con los sujetos Muestra (hombres y mujeres)
Explicar el modelo A. B. C. considerado en la Terapia Racional Emotiva (TRE) a los participantes	Primera reunión con los sujetos Muestra (hombres y mujeres)
Comparar los resultados del test, entre hombres y mujeres y representar estadísticamente las semejanzas y diferencias. (análisis de datos)	Solo el investigador
Aplicar la Técnica de Reestructuración Cognitiva, en 20 Sesiones terapéuticas para los hombres y 20 Sesiones terapéuticas para mujeres.	De Septiembre a Octubre, de lunes a viernes. Dos sesiones por semana

	cada grupo (son 2 grupos: 20 hombres y 20 mujeres)
Enviar tareas a casa, considerando el procedimiento de la Técnica de Reestructuración Cognitiva.	Después de cada Sesión.
Registrar la evolución de la Autoestima en todos los sujetos de Muestra. (recolectar datos)	Antes, durante y al finalizar cada sesión terapéutica, mediante la observación de actitudes en los sujetos de Muestra
Comparar los resultados logrados por los hombres con los resultados logrados por las mujeres y representarlos estadísticamente (análisis de datos)	Después de cada Sesión terapéutica Solo el investigador
Aplicar el pos test de Autoestima de Rosenberg (recolectar datos)	Al término de las 20 Sesiones con cada sujeto de Muestra.
Comparar los resultados del test logrados por los hombres y por las mujeres y representarlos estadísticamente. (análisis de datos)	Solo el investigador
Comparar los resultados logrados durante todo el proceso por los hombres y por las mujeres y las representaciones estadísticas (análisis de datos)	Solo el investigador
Identificar semejanzas y diferencias (análisis de datos)	Solo el investigador
Contrastar las semejanzas y diferencia con las hipótesis y los objetivos planteados. (análisis de datos)	Solo el investigador
Elaborar conclusiones (interpretación de datos)	Solo el investigador

Recolección y Procesamiento de la Información:

Una vez presentado y aprobado el proyecto se procederá a realizar una evaluación diagnóstica de los participantes (20 hombres y 20 mujeres).

Se planificarán los pasos de la Técnica de Restructuración Cognitiva en 20 sesiones terapéuticas grupales, considerando en cada una la elevación de la autoestima de cada miembro

Se usarán registros de asistencia para cada sesión, así como registros de observación para anotar los cambios.

Concluidas las 20 sesiones, se realizará una nueva evaluación para registrar resultados y comparar los mismos, concluyendo nivel de eficacia de la Terapia Racional Emotiva Conductual según el género de los participantes.

Estos resultados serán organizados en una matriz para posteriormente expresarlos estadísticamente.

Por último se procederá a elaborar el informe de Investigación para luego presentarlo ante un tribunal y exponer argumentos.

En la Escuela Politécnica del Ejército, proponer a los docentes el refuerzo permanente de creencias y pensamientos positivos en los estudiantes.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Esta es una tentativa distribución de actividades a realizarse en el presente trabajo de investigación.

<div>TIEMPO</div> <div>ACTIVIDAD</div>	JUNIO JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Revisión de la Literatura	X X					
Elaboración del proyecto de Investigación	X X X					
Presentación del proyecto de investigación	XX XX					
Revisión del proyecto de Investigación	X X X					
Planificación de las sesiones terapéuticas	X X XX	XXXX				
Recolección de datos			XXXX	XXXX		
Interpretación de datos					XXXX	
Elaboración del Informe					XXXX	X
Presentación del Informe						X

PRESUPUESTO

N	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR
1	Hojas de Papel bond	5000 hojas	50 Dólares
2	Movilización	100 días	200 Dólares
3	Materiales de oficina	Varios	100 Dólares
4	Impresiones	5000	50 Dólares
5	Bibliografía e Internet	20 días	100 Dólares
6	Empastados	7	120 Dólares
7	Seminario de Tesis	4 días	1744 Dólares
TOTAL			2364 Dólares

BIBLIOGRAFÍA

- Citados en: Citado en: gclerici@psi.uba.ar mjpgarcia@psi.uba.ar Extraídos el 15 de Junio de 2012.
- Baldwin, y Hoffmann, (2002).
- Havighurst, (1972).
- Rosenberg, (1986).
- Savin-Williams y Demo, (1984)
- Hart, Fegley y Brengelman, (1993)
- Baldwin y Hoffmann, (2002).
- Deihl, Vicary y Deike, (1997).
- Bolognini, Plancherel, Bettschart y Halfon, (1996).
- Harter, Waters y Whitesell, (1998).
- Usmiani y Daniluk, (1997).
- Ellis Albert, (1956). Traducción (1990).
- Richard Lazarus (1991)

Mark Williams

Resines, R. (2006). **Qué es la autoestima**. Recuperado el 2 de Septiembre de 2006 de:
http://www.acropolix.com/Educacion/edu_autoestima.htm.

Olivares, J. y Méndez, F (1998). Técnicas de Modificación de Conducta
Universidad Autónoma de Madrid.

Labrador, F. Cruzado, J y Muñoz, M. (1997). Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta.
Universidad de Madrid.

Hernández, S. (2006). Metodología de la Investigación

TUTOR: DR. NELSON RODRÍGUEZ

AUTOR: DRA. OKIA CALDERÓN

ANEXO 2. TEST DE AUTOESTIMA

Sangolquí, 05 de Septiembre de 2012

EDAD: _____ años _____ meses

GÉNERO: masculino: _____ femenino: _____

A continuación se muestra un cuestionario de 10 preguntas. En cada una debe elegir una sola respuesta y encerrar el literal que corresponde.

Debe responder el test en forma muy sincera ya que es a usted mismo a quien ayuda con su sinceridad.

COMIENZA EL TEST:

1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.

- | | |
|----------------------|----------|
| A. Muy de acuerdo | 4 puntos |
| B. De acuerdo | 3 puntos |
| C. En desacuerdo | 2 puntos |
| D. Muy en desacuerdo | 1 punto |

2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.

- | | |
|----------------------|----------|
| A. Muy de acuerdo | 4 puntos |
| B. De acuerdo | 3 puntos |
| C. En desacuerdo | 2 puntos |
| D. Muy en desacuerdo | 1 punto |

3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.

- | | |
|----------------------|----------|
| A. Muy de acuerdo | 4 puntos |
| B. De acuerdo | 3 puntos |
| C. En desacuerdo | 2 puntos |
| D. Muy en desacuerdo | 1 punto |

4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.

- | | |
|----------------------|----------|
| A. Muy de acuerdo | 4 puntos |
| B. De acuerdo | 3 puntos |
| C. En desacuerdo | 2 puntos |
| D. Muy en desacuerdo | 1 punto |

5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.

- | | |
|----------------------|----------|
| A. Muy de acuerdo | 4 puntos |
| B. De acuerdo | 3 puntos |
| C. En desacuerdo | 2 puntos |
| D. Muy en desacuerdo | 1 punto |

6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.

- | | |
|----------------------|----------|
| A. Muy de acuerdo | 1 punto |
| B. De acuerdo | 2 puntos |
| C. En desacuerdo | 3 puntos |
| D. Muy en desacuerdo | 4 puntos |

7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.

- | | |
|----------------------|----------|
| A. Muy de acuerdo | 1 punto |
| B. De acuerdo | 2 puntos |
| C. En desacuerdo | 3 puntos |
| D. Muy en desacuerdo | 4 puntos |

8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.

- | | |
|-------------------|----------|
| A. Muy de acuerdo | 1 punto |
| B. De acuerdo | 2 puntos |

C. En desacuerdo 3 puntos

D. Muy en desacuerdo 4 puntos

9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.

A. Muy de acuerdo 1 punto

B. De acuerdo 2 puntos

C. En desacuerdo 3 puntos

D. Muy en desacuerdo 4 puntos

10. A menudo creo que no soy una buena persona.

A. Muy de acuerdo 1 punto

B. De acuerdo 2 puntos

C. En desacuerdo 3 puntos

D. Muy en desacuerdo 4 puntos

INTERPRETACIÓN DEL TEST

Puntuación entre 0 y 25: Tu autoestima es baja. Piensa que al sentirte de esta manera estás poniéndote trabas a ti mismo, lo que no te ayudará a conseguir tus metas. Intenta ver tu lado positivo y recuerda que el primer paso para que los demás te valoren, es que tú encuentres atractiva tu forma de ser.

Puntuación entre 26 y 29: Tu autoestima es normal. El resultado indica que tienes suficiente confianza en ti mismo. Eso te permitirá afrontar la vida con cierto equilibrio, imprescindible para asumir las dificultades del camino. No cambies, sigue así

Puntuación entre 30 y 40: Tu autoestima es buena, incluso excesiva. Crees plenamente en ti y en tu trabajo; esto te da bastante fuerza. Sin embargo, ten cuidado, quererte excesivamente a ti mismo y poco a los demás puede resultar contraproducente, ya que puede conducirte a tener conflictos y ser rechazado. Intenta ser humilde de vez en cuando, haciendo un esfuerzo por ver la parte positiva de ellos sin sentir envidia, eso te ayudará a mejorar aún más para desarrollar mejor tus propias capacidades y la de la gente que te acompaña.



ESPE
ESCUELA POLITÉCNICA DEL EJÉRCITO
CAMINO A LA EXCELENCIA

COMPROMISO PSICOTERAPÉUTICO

Sangolquí, 10 de Septiembre de 2012

Hora: 17:30 pm.

Yo, _____ Una vez que la Dra. Okia Mariela Calderón López, Psicóloga de la Escuela Politécnica del Ejército, “ESPE”; me ha explicado sobre mi puntaje obtenido en el test de Rosenberg y sus posibles implicaciones en mi comportamiento y desenvolvimiento como estudiante y miembro de un contexto social; me comprometo libre y voluntariamente, a asistir, puntual, 2 veces por semana (Lunes, Miércoles), en el horario de 16:00 horas a 18:00 horas, al “Programa de Intervención Psicoterapéutica” para elevar mi nivel de Autoestima. Por su parte, la doctora Calderón, se compromete a ejecutar el programa psicoterapéutico y guardar la confidencialidad sobre mi identidad. Además, autorizo a la Doctora Calderón, hacer uso de la información en caso necesario, sin revelar mi nombre.

Para constancia del compromiso, firman las partes:

PACIENTE

PSICOTERAPEUTA



ESPE
ESCUELA POLITECNICA DEL EJERCITO
CAMINO A LA EXCELENCIA

COMPROMISO PSICOTERAPÉUTICO

Sangolquí, 11 de Septiembre de 2012

Hora: 17:30 pm.

Yo, _____ Una vez que la Dra. Okia Mariela Calderón López, Psicóloga de la Escuela Politécnica del Ejército, “ESPE”; me ha explicado sobre mi puntaje obtenido en el test de Rosenberg y sus posibles implicaciones en mi comportamiento y desenvolvimiento como estudiante y miembro de un contexto social; me comprometo libre y voluntariamente, a asistir, puntual, 2 veces por semana (Martes, Jueves), en el horario de 16:00 horas a 18:00 horas, al “Programa de Intervención Psicoterapéutica” para elevar mi nivel de Autoestima. Por su parte, la doctora Calderón, se compromete a ejecutar el programa psicoterapéutico y guardar la confidencialidad sobre mi identidad. Además, autorizo a la Doctora Calderón, hacer uso de la información en caso necesario, sin revelar mi nombre.

Para constancia del compromiso, firman las partes:

PACIENTE

PSICOTERAPEUTA

LISTADO DE DISTORSIONES COGNITIVAS

Beck (1981)

Son errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas del pensamiento o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos. Estos pueden ser:

INFERENCIA ARBITRARIA: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.

ABSTRACCIÓN SELECTIVA: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.

SOBREGENERALIZACIÓN: Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre si.

MAXIMIZACIÓN Y MINIMIZACIÓN: Se evalúan los acontecimientos otorgándoles un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.

PERSONALIZACIÓN: Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.

PENSAMIENTO DICOTÓMICO O POLARIZACIÓN: Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

CREENCIAS IRRACIONALES

-Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos.

-Las emociones son consecuencia de un acontecimiento activador, suceso o situación, que da lugar al desarrollo de un sistema de creencias, a partir de las cuales el sujeto desarrolla emociones, pensamientos y acciones.

-Muchas personas construyen creencias erróneas a partir de acontecimientos negativos que les hacen demostrar actitudes o formas de sentir que provocan emociones o conductas disfuncionales que les perpetúan su sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación. Éstas conductas o actitudes son comportamientos "auto-saboteadores" (contrarios a los propios intereses u objetivos), que dificultan (o impiden) la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios. Estas Creencias podrían agruparse en tres clases:

- Demandas sobre uno mismo ("*yo debo...*" o "*yo necesito...*").
- Demandas sobre los otros ("*él debe...*" o "*tú debes...*").
- Demandas sobre el mundo ("*el mundo debe...*" o "*la vida debe...*").

-Algunas personas tienden a ignorar lo positivo, exagerar lo negativo y hacer generalizaciones prejudiciales para sí mismos.

12 IDEAS IRRACIONALES QUE CONDUCEN A CREENCIAS IRRACIONALES, MUY PERJUDICIALES

1. **La idea de que existe una tremenda necesidad de ser amados por los otros en prácticamente cualquier actividad;** en vez de concentrarse en su propio respeto personal, o buscando aprobación con fines prácticos.
2. **La idea de que ciertos actos son feos o perversos, por lo que los demás deben rechazar a las personas que los cometen;** en vez de la idea de que ciertos actos son autodefensivos o antisociales, y que las personas que cometan estos actos se comportan de manera estúpida, ignorante o neurótica, y sería mejor que recibieran ayuda
3. **La idea de que es horrible cuando las cosas no son como nos gustaría que fueran;** en vez de considerar la idea de que las cosas están muy mal y por tanto deberíamos cambiar o controlar las condiciones adversas.
4. **La idea de que la miseria humana está causada invariablemente por factores externos y se nos impone por gente y eventos extraños a nosotros;** en vez de la idea de que la neurosis es causada en su mayoría por el punto de vista que tomamos con respecto a condiciones desafortunadas.
5. **La idea de que si algo es, o podría ser peligroso o aterrador, deberíamos estar tremendamente obsesionados y desaforados con ello;** en vez de la idea de que debemos enfrentar de forma franca y directa lo peligroso.
6. **La idea de que es más fácil eludir que enfrentar las dificultades de la vida y las responsabilidades personales;** en vez de la idea de que eso que llamamos "dejarlo estar" o "dejarlo pasar" es usualmente mucho más duro a largo plazo.
7. **La idea de que necesitamos de forma absoluta otra cosa más grande o más fuerte que nosotros en la que apoyarnos;** en vez de la idea de que es mejor asumir los riesgos que contempla el pensar y actuar de forma menos dependiente
8. **La idea de que siempre debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y ambiciosos en todos los aspectos;** en vez de la idea de que podríamos haberlo hecho mejor más que necesitar hacerlo

siempre bien y aceptarnos como criaturas bastante imperfectas, que tienen limitaciones y falibilidades humanas.

9. **La idea de que si algo nos afectó considerablemente, permanecerá haciéndolo durante toda nuestra vida;** en vez de la idea de que podemos aprender de nuestras experiencias pasadas sin estar extremadamente atados o preocupados.
10. **La idea de que debemos tener un control preciso y perfecto sobre las cosas;** en vez de la idea de que el mundo está lleno de probabilidades y cambios, y que aún así, debemos disfrutar de la vida a pesar de estos “inconvenientes”.
11. **La idea de que la felicidad humana puede lograrse a través de la inercia y la inactividad;** en vez de la idea de que tendemos a ser felices cuando estamos vitalmente inmersos en actividades dirigidas a la creatividad, o cuando nos embarcamos en proyectos más allá de nosotros o nos damos a los demás.
12. **La idea de que no tenemos control sobre nuestras emociones y que no podemos evitar sentirnos alterados con respecto a las cosas de la vida;** en vez de la idea de que poseemos un control real sobre nuestras emociones destructivas.

Para simplificar, se menciona tres creencias irracionales principales:

1. “Debo ser increíblemente competente, o de lo contrario no valgo nada”.
2. “Los demás deben considerarme; o son absolutamente estúpidos”.
3. “El mundo siempre debe proveerme de felicidad, o me moriré”.

PASOS PARA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

PASO 1: Orientación hacia el problema.

a).- Percepción del problema:

b).- Atribuciones o causas:

c).- Valoración del problema:

d).- Compromiso Tiempo/Esfuerzo:

PASO 2: Definición y formulación del problema

:/OMCL

MAXIMA RELAJACION

La práctica que propongo a continuación es una de las más conocidas para alcanzar un máximo grado de relajación. Se llama la técnica Schultz y si sigue los sencillos pasos que se indican podrá alcanzar niveles insospechados de tranquilidad y paz interior.

Puede ser utilizado en cualquier momento que le apetezca, pero es especialmente útil cuando ha llegado a un nivel de estrés, inquietud o miedo insoportable. Aprenda muy bien los pasos para poder realizarlos después al máximo. El ejercicio es así:

Paso 1: *preparación*

Ha de buscarse un lugar donde podamos estar totalmente tranquilos sin que nada ni nadie nos moleste. Es recomendable desenchufar los teléfonos y pedir silencio en la casa si la compartimos con alguien en ese momento. Después ha de crearse un ambiente silencioso y con luz muy tenue. A continuación ha de escogerse una posición lo más cómoda posible: puede ser acostado o sentado. Si se escoge la posición de acostado, cuidado porque uno podría dormirse enseguida, y ahora no buscamos eso.

Paso 2: *instauración de la tranquilidad*

Comienza el ejercicio fijando en tu mente las palabras clave: *“Estoy completamente tranquilo”*. Estas palabras deben ser pronunciadas o mentalizadas todas las veces que haga falta hasta que se hayan interiorizado. Esto significa que a medida que las vayas pronunciando, deben empezar a hacerte sentir mejor, más tranquilo y sosegado. Pasarán así de ser unas simples palabras a convertirse en un estado de ánimo. No sigas al siguiente paso, hasta que las palabras se hayan transformado en el estado de ánimo.

Paso 3: *fase de pesadez*

A continuación fijaremos en nuestra mente las palabras clave *“Mis piernas son pesadas”*. Esto quiere decir que a medida que lo dices o lo piensas tu cuerpo va asimilando las palabras y transformándolas en una sensación de pesadez real. Debes realizar este proceso con todas las partes de tu cuerpo. Te recomendamos sigas un orden ascendente para no perderte. No sigas al paso siguiente hasta que las palabras hayan transformado la idea en una sensación real de pesadez en todo tu cuerpo.

Paso 4: *fase de calor*

En esta fase las palabras clave serán *“Mi pierna derecha está caliente”*. El calor produce la relajación de todo el cuerpo, así que al igual que en el paso anterior, convertiremos estas palabras en una sensación real en nuestro cuerpo. Debes realizar este proceso con todas las partes de tu cuerpo. Te recomendamos sigas un orden ascendente para no perderte. No sigas al paso siguiente hasta que las palabras hayan transformado la idea en una sensación real de calor en todo tu cuerpo.

Paso 5: *fase de regulación cardíaca*

En esta fase vamos a regular el ritmo del corazón, porque de todos es sabido que los sentimientos como los nervios y el miedo aceleran su función. En este caso, las palabras clave que vamos a utilizar son *“Mi corazón tiene un ritmo constante y vigoroso”*. Al igual que en los otros pasos, no seguiremos a la fase siguiente hasta que esas palabras se hayan transformado en una realidad para nuestro corazón. Seguramente tendrás que repetirlas en voz alta o mentalmente durante un rato largo. Tómate todo el tiempo que necesites para ello.

Paso 6: *fase de regulación respiratoria*

Ahora, después de haber relajado los músculos y regulado la actividad del corazón llega el momento de normalizar la respiración. Para ello utiliza las palabras clave *“Mi respiración es tranquila”*. Una vez más debes conseguir que las palabras dejen de ser simples ideas y se conviertan en una sensación real. Si necesitas respirar profundamente en algún momento, siéntete libre de hacerlo. No sigas al paso siguiente si tu respiración no lleva un ritmo tranquilo y natural.

Paso 7: *fase de regulación de las vísceras abdominales*

En esta fase las palabras clave son *“Mi plexo solar irradia calor”*. El plexo solar es toda la zona del aparato digestivo y que suele estar siempre revuelta en casos de estrés o de miedo. El calor tranquilizará esta zona y te ayudará a alcanzar un mayor grado de relajación. Repite las palabras hasta que se conviertan en una sensación corporal real.

Paso 8: *fase de regulación cefálica*

Esta es la última fase y sólo debes llegar a ella cuando hayas sido capaz de superar como se te indica el paso 7. Aquí relajaremos la actividad cerebral concentrándonos en la frente. Las palabras claves son *“Frescor agradable sobre la frente”*. Repite una y otra vez esas palabras, mentalmente o en voz alta, hasta que la cargazón cerebral haya desaparecido. Cuando lo hayas conseguido ya habrás terminado el ejercicio. Tras conseguir alcanzar el paso 8 estarás totalmente relajado y tranquilo. Te asombrará la calma que emanarás. Después ten en cuenta que no podrás volver rápidamente a la vida agitada, así que descansa un ratito y ve recuperando el vigor con leves movimientos, enciende la luz y acostúmbrate a ella, bebe un vaso de agua, etc.

LISTADO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Mckay (1981)

Los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los Supuestos personales. Las características generales de los pensamientos automáticos son:

- 1-Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
- 2-Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
- 3-Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
- 4-Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
- 5-Suelen conllevar una VISIÓN DE TÚNEL: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos.

Así tenemos:

- Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros.
- Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas.
- La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros.

LISTA DE TÉRMINOS UTILIZADOS EN DISTORSIONES COGNITIVAS, PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y CREENCIAS IRRACIONALES

McKay, Davis y Fannig (1985)

- FILTRAJE/ABSTRACCIÓN SELECTIVA ("No lo soporto", "Horroroso")
- POLARIZACIÓN ("Bueno-Malo", "Blanco-Negro")
- SOBREGENERALIZACIÓN ("Todo, ninguno, siempre, nunca...")
- INFERENCIA ARBITRARIA O INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO ("Me parece.")
- VISIÓN CATASTRÓFICA ("¿Y si ocurriera...?")
- PERSONALIZACIÓN ("Se refieren a mí", "Compararse con otros")
- FALACIA DE CONTROL ("No puedo hacer nada con esto", "Toda la responsabilidad es mía")
- FALACIA DE JUSTICIA ("Él/Ella es injusto/a")
- FALACIA DE CAMBIO ("Si esa persona o situación cambiara, entonces yo entonces podría...")
- RAZONAMIENTO EMOCIONAL ("Si me siento mal eso quiere decir que soy un neurótico")
- ETIQUETACIÓN ("Soy/Es un X, y tan solo un X")
- CULPABILIDAD ("Por mi culpa", "Por su culpa")
- DEBERÍAS ("Yo debo, no debo, Él/Ellos deben...")
- FALACIA DE RAZÓN ("Tengo la razón y no me la dan")
- FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA ("Aunque ahora sufra, el día de mañana todo se solucionará y yo tendré mi recompensa").

ANEXO 3 AUTO-REGISTRO

DESCUBRIENDO MI PROBLEMA											
ORIENTACIÓN HACIA EL PROBLEMA					DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN					GENERACIÓN	SUD'S
PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA	ATRIBUCIONES (causas)	VALORACIÓN		COMPROMISO	DÓNDE	CUÁNDO	QUIÉN	QUÉ/CUÁL	SUD'S	DE ALTERNATIVAS (lluvia de ideas)	
		ES PROBLEMA	NO ES PROBLEMA	TIEMPO/ESFUERZO							

: /OMCL.

AUTO-REGISTRO

TOMANDO MIS PROPIAS DECISIONES					
ALTERNATIVA 1		ALTERNATIVA 2		ALTERNATIVA 3	
VENTAJAS	DESVENTAJAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS

:/OMCL.

AUTO-REGISTRO

AUTOREGISTRO DE COMPORTAMIENTO ASERTIVO

[illegible]

:/OMCL.

AUTO-REGISTRO

BUSCANDO MI MODELO IDEAL									
MODELO 1			MODELO 2			MODELO 3			MODELO IDEAL
POSITIVO	NEGATIVO	MANEJO DE LO NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	MANEJO DE LO NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	MANEJO DE LO NEGATIVO	CARACTERÍSTICAS QUE ME GUSTARÍA TENER

:/OMCL.

AUTO-REGISTRO

CONSTRUYENDO MI COMPORTAMIENTO IDEAL

MODELO IDEAL	ACERCAMIENTO AL MODELO IDEAL		REFORZADORES (PREMIOS)	
CARACTERÍSTICAS QUE ME GUSTARÍA TENER	ESTRATEGIAS	MEDIDA SUBJETIVA DE APROXIMACIÓN	POSITIVOS	NEGATIVOS
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

:/OMCL.

AUTO-REGISTRO

CONSTRUYENDO MI PROYECTO DE VIDA

[illegible]

:/OMCL.

IDENTIFICANDO MIS DISTORSIONES COGNITIVAS										
AUTOEVALUACIÓN								AUTOREFUERZO		
FECHA	HORA	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS E IDEAS IRRACIONALES	QUÉ SUCEDIÓ ANTES	QUÉ SUCEDIÓ DESPUÉS	QUÉ EMOCIÓN GENERÓ	SENSACIÓN CORPORAL	SUD's (0-100)	PENSAR DIFERENTE Y REAL	QUÉ EMOCIÓN GENERÓ	SUD's (0-100)

:/OMCL.

ANEXO 4. RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS SESIONES TERAPÉUTICAS

SESIÓN # 1

Se consigue el objetivo planificado

Observaciones: El grupo de hombres evidencia expectativas, ansiedad, algo de desconfianza y nerviosismo; se aprecia cierta seriedad frente al trabajo terapéutico, comparten algunas bromas y actitudes propias del hombre joven.

El grupo de mujeres evidencia expectativa, alto nivel de predisposición, ansiedad, comienzan a mirarse entre sí y a compartir una que otra frase, lo que evidencia mayor confianza y actitudes propias de la mujer joven.

SESIÓN # 2

Se consigue el objetivo planificado

SESIÓN # 3

Se consigue el objetivo planificado

FODA PERSONAL

(Auto-diagnóstico)

Hombres:

Paciente 1:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Respetuoso -Responsable	-Familia -Amigos	-Tímido -Sentimental -Triste	-Gente envidiosa -Gente intransigente -Gente que hace daño

Paciente 2:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Solidario -Estudioso -Respetuoso	-Estudiar -Conocer gente -Buen papá	-Callado -Impuntual -Pesimista -Débil	-No aprovechar la oportunidad de estudiar

Paciente 3:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Puntual -Obediente -Responsable	-Aprender a ganar mi propio dinero	-Soy perezoso -No digo las cosas -Me derroto con facilidad	-Pandillerismo beber y otros vicios que afecten mi vida

Paciente 4:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Soy prudente	-Los bienes de mi padre	-Fanatismo -Idealizar -Que me fallen siempre	-Pocas bases -Poco deporte

Paciente 5:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Lealtad -Responsabilidad -Honradez -Respeto	-El apoyo de mis padres	-Distracción -Desordenado -Poca fe en mí	-Si se accidenta un familiar o muere me derrumbo

Paciente 6:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Responsable -Maduro	-Apoyo familiar	-Demasiado calmado -No me adapto fácilmente al ambiente	-Bajos recursos económicos -Malos amigos

Paciente 7:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
Responsable	-Educado -Respetuoso	-No soy muy agradable -Solitario	-Malas personas que me hacen siempre daño que hay en todas partes

Paciente 8:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Responsabilidad -Puntualidad	-Mis padres y familia	-Rendirme fácilmente -No tengo amigos	-Los vicios (alcohol y cigarrillo)

Paciente 9:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Humildad -Perfeccionista -Exigente a mí mismo	-Mis padres -Seguir cursos	-Distracción pierdo tiempo en cosas que me benefician -Me pierdo -Fácilmente -Me siento mal conmigo mismo	-Farras -Tomo licor y fumo

Paciente 10:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Puntualidad -Honestidad	ayuda de mis padres	-Desconfiado -No me gusta salir mucho -Sensible -No me gusta que alaben merezco.	-Amistades que no son sinceras piensan mal de mí.

Paciente 11:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-No discuto con gente no -Respetuoso	-Familia -Amigos	-No puedo en público -Sentimental -Vivo deprimido	-Los comentarios falsos -Comportamientos ridículos

Paciente 12:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Solidario -Respetuoso	-Estudiar -Hacer bien las cosas	-Callado -Indeciso -Pesimista -Vergonzoso	-Poca fuerza de voluntad

Paciente 13:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Puntual -Obediente -Responsable	-Los profesionales que ayudan a superar problemas	-Soy poco tolerante -Quiero decir algo pero no hago -Me doy por vencido y no comprenden	-No buscar ayuda para superar mis problemas

Paciente 14:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Soy prudente	-Estar sano y tener en donde vivir	-Hipocresía -Mentira -Abandono -Malas amistades	-Yo mismo -Pocas personas positivas

Paciente 15:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Responsabilidad -Honradez	-El estudio y las profesiones	-Mucha tristeza si no puedo lograr lo que siento -Problemas por mi desorden -No es fácil hacer amigas	-Los peligros de la calle y las malas personas

Paciente 16:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-------------------	----------------------	--------------------	-----------------

-Dicen que soy simpático	-Estudiar y ser profesional	-No puedo defenderme en discusión -Soy nervioso con personas que no he visto antes	-Falta de dinero -Falta de trabajo -La mala fe de las personas -La muerte
--------------------------	-----------------------------	---	--

Paciente 17:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Responsable -Tranquilo	-De trabajar y tener una vida buena con mi familia y las personas queridas	-Algunas personas adultas dan importancia a lo que hace -Agradable -Solitario	-Le temo a la gente grosera y atrevida

Paciente 18:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Responsable -Buen amigo	-Mis familiares	-No soy muy alto -Dicen que soy de lento aprendizaje; quizá no pueda llegar a ser profesional	-No hay amigos de verdad -La mayoría de personas injustas

Paciente 19:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Si hago algo me gusta y salga bien	-Estudiar -Viajar	-A veces no digo lo que siento para no ofender -Nadie está libre de las debilidades porque nadie es perfecto	-Paso mucho tiempo en la computadora

Paciente 20:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Responsable -Trabajador -Respeto a la mujer	-El apoyo de mi mamá	-No quiero estudiar prefiero trabajar -Como mucho de todo -Algunas veces quiero llorar pero me aguanto porque mi papá se reiría	-Las malas juntas y gente mala en general

Mujeres:

Paciente 1:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Respetuosa -Callada -Tranquila	-Ser profesional -Conseguir si es posible un buen empleo	-Muy sentimental -No puedo ver llorar a la gente porque también lloro -Tímida	-Las injusticias -Las personas abandonadas -Hay mucha competencia negativa

Paciente 2:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Generosa -Estudiosa -Seria	-Tener una familia normal y mucho afecto -Estudiar	-Algunas veces impuntual -Me da vergüenza fácilmente	-Las competencias destructivas

Paciente 3:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Tranquila -Colaboradora -Responsable	-Conocer muchas personas nuevas y hacer amistad, eligiendo bien como son	-Soy poco comunicativa -No bailo bien -Tengo miedo a perder a seres que amo	-La muerte -La pobreza -Los peligros de la calle -Las amigas que dan mal ejemplo

Paciente 4:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Soy pacífica	-Hacer las cosas bien en la vida	-Perdono muy rápido a personas que me hacen daño quizá no se merecen	-Los temores que tengo -No tener la suficiente fuerza de carácter para enfrentar los problemas de la vida.

Paciente 5:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Respeto a las personas no lo merezcan	-Superarme y llegar a ser gran ingeniera comercial	-Poca paciencia -Falta de organización -Hay cosas muy difíciles de hacer	-Los obstáculos que la gente envidiosa te pueden poner.

Paciente 6:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Responsable -Cariñosa	-Triunfar en lo que me proponga	-Pocas posibilidades económicas -No me gusta la gente que habla mucho para ostentarse que tiene	-Malas amistades y equivocaciones que pueden afectar negativamente y para siempre el futuro.

Paciente 7:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Responsable	-Profesión -Amor, afecto y respeto	-No confío mucho en la gente es cierto eso de mejor es estar sola que mal acompañada	-A veces es necesario esforzarse mucho por algo que no vale la pena, algunas cosas son muy difíciles

Paciente 8:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Detallista -Buena amiga: eso me han dicho	-Mis valores	-No soy muy pila, me distraigo fácilmente -Temor a equivocarme	-Las personas malas

Paciente 9:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Perfeccionista -Exigente a mi mismo	-Mis estudios -Seguir estudiando	-La televisión -No me gusta salir con chicos son patanes -A veces estoy deprimida	-Las personas agresivas y tramposas -La soledad de la juventud

Paciente 10:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Resisto las burlas de los torpes -Me vale lo que piensen mi	ayuda de mis padres	-No conozco personas importantes que valgan la pena no cualquiera que no nada. -Como mucho	-Competencias malas Soy gorda: odio eso

Paciente 11:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-No me enfermo mucho -responsable	-Amigos buenos -Estudiar	-Paso mucho en el internet -Sentimental -Lloro si me hablan mal	-Malas calificaciones -Profesores malos -La muerte de la gente que a

Paciente 12:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Tranquila -Estudiosa	-Estudiar en otro país y viajar por el mundo	-Impuntual -Pesimista -Débil con la gente tosca, me defiendo soy insegura	-No aprovechar la oportunidad de estudiar en otro país por temirme lejos de mi familia

Paciente 13:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Obediente: acolito a los demás	-Aprender a ser mejor cada día	-Soy fea no les gusta a muchos chicos -Mi voz es gruesa -Duermo mucho -Me estreso y sudo la nariz	-Las malas amistades

Paciente 14:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-No me gustan las discusiones ni los gritos nadie	-Ser una profesional de éxito	-Poca familia solo madre hermano -No tener dinero para lo que necesito cada día -Que me falten el respeto gente abusiva	-Pobreza -Pocos amigos que valgan la pena -Lo caro que es estudiar -Los peligros de la calle

Paciente 15:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Inteligente para las matemáticas -Responsable -Hago las cosas sola	-El apoyo de mis padres	-Desordenada -No soy buena en el deporte -Mi cuerpo no está bien -No tengo ropa buena	-El engaño de los hombres cuando se desea formar una familia

Paciente 16:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
------------	---------------	-------------	----------

-Responsable -Buena estudiante como papá	-Apoyo familiar	-Mi papá está en Estados Unidos -No me adapto al ambiente mi papá, quiero ir con él	-Soledad -Nadie me controla hago lo que quiero y puede que haga cosas que no están bien, no lo sé
---	-----------------	--	--

Paciente 17:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Hago música, me encantan	-Ser artista -	-Soy muy seria -Prefiero estar sola pero es porque hago música	-Gente sin valores y que hacen daño a todo lo que no compruebo como el arte musical

Paciente 18:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Responsable en todo -Me gusta siempre estar haciendo algo positivo	-De aprender	-Rendirme fácilmente -Soledad -No me entienden las personas de mi edad sin solo los mayores	-Los errores y equivocaciones

Paciente 19:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Mi poder interno -Perfeccionista	-Ganas de salir adelante aunque a veces es muy difícil vivir tranquila -	-A veces no me puedo concentrar bien en los estudios y me pongo de mal genio -Soy un poco seria -Quisiera tener más amigos pero no soy tan agradable eso	-Ser tímida -No estudiar -No ser profesional -Fallar a mis padres - No lograr mis objetivos

Paciente 20:

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
-Resuelvo mis problemas sola -Cariñosa con todos	-Ser profesional	-No soy muy guapa -Prefiero la soledad y no tengo mala a mi lado -No me gusta la comida natural -No puedo controlar mi peso -No me he vuelto a tener novio desde que me traicionaron	-Las mentiras -Las burlas -La ignorancia

Analizando cada FODA, se encuentran características propias de sujetos con Baja Autoestima como: distorsiones cognitivas, desvalorización de sí mismos, inseguridad, conflictos, incapacidad de tomar decisiones, incapacidad de controlar la sensibilidad; elementos que no permiten tener un adecuado desenvolvimiento social y académico.

En cuanto a las mujeres, se expresan al respecto de la sensibilidad y su aspecto físico. Además sus comentarios son más estructurados y extensos que los de los hombres.

En plenaria se propone tratar la timidez y la sensibilidad. Se indica que la timidez presente en pequeños niveles puede traducirse en prudencia y respeto y que la sensibilidad, por ellos vista como negativa, bien dirigida, puede ser positiva y útil porque nos permite apreciar la belleza de las cosas y la vida misma, también, además de estar en contacto con nuestras emociones, reconocerlas y disfrutarlas.

Observaciones: En la sesión, los pacientes se muestran algo integrados, intentando comunicarse entre sí de manera un poco insegura.

SESIÓN #4

Se consigue el objetivo planificado

Presentan una dramatización, evidenciando la alegría propia del joven cuando se descubre en una conducta inadecuada no maliciosa, encontrando aquellos pensamientos que no se ajustan a la realidad, es decir, van reconociendo las diferentes distorsiones, cabe destacar que las diferentes experiencias fueron, en su generalidad, del ámbito familiar.

SESIÓN #5

Se consigue el objetivo planificado

IDENTIFICANDO MIS DISTORSIONES COGNITIVAS AUTOREGISTRO										
AUTOEVALUACIÓN								AUTOREFUERZO		
FECHA	HORA	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS, IDEAS IRRACIONALES	QUÉ SUCEDÍA ANTES	QUÉ SUCEDÍA DESPUÉS	QUÉ EMOCIÓN GENERÓ	SENSACIÓN CORPORAL	SUD's (0-100)	PENSAR DIFERENTE REAL	QUÉ EMOCIÓN GENERÓ	SUD's (0-100)
		No puedo hacerlo	Pensé en las cosas que no puedo hacer	Me quedé pensando	Enojo conmigo mismo	Tensión y dolor de estómago	80	Yo si puedo	Calma y tranquilidad	50
		Les caigo mal	Me acerqué y me reñieron	Me quedé paralizado	Angustia y tristeza	Sudor en las manos	85	Solo a ella le caigo	Tranquilidad	30
		No soy inteligente	Contestaron a lo que yo quería decir	Me quedé callado	Miedo, frustración	Sudor en todo el cuerpo	70	Solo fue más rápido	Alegría	50
		No voy a poder	Nos enviaron a trabajar de Geografía Lineal	Me quedé quieto	Susto ansiedad y nerviosismo	Tensión en el estómago y dolor	65	Nada es imposible lo voy a hacer bien	Tranquilidad y relajación	40
		Soy estúpido	Perdí la calculadora	Busqué	Triste y preocupado	Dolor de estómago y diarrea	70	Estaba apurado	Calmado	50
		No me quieren	Nadie se sentó conmigo	No miré a nadie	Tristeza, desconfianza	Presión en el pecho	60	Mi lugar no era muy cómodo	Más seguro/a	40
		Soy feo/a	Los/as chicos/as hablaron conmigo	Apoyé mi cara con las dos manos	Desprecio a mí mismo	Escalofrío	90	Estaban nerviosos conmigo que yo	Tranquilidad	70

SESIÓN #6

Se consigue el objetivo planificado

SESIÓN #7

Se consigue el objetivo planificado

AUTO-REGISTRO

A	B CREENCIAS, AUTOMÁTICOS PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS COGNITIVAS	C	RESULTADO
SUCESO NEGATIVO	EMOCIONES APROPIADAS: -preocupación -tristeza -enojo -frustración	PENSAMIENTO ADECUADO	-solución -decisión -recuperar equilibrio
SUCESO NEGATIVO	EMOCIONES INAPROPIADAS: -ansiedad -depresión -baja autoestima -enojo excesivo y peligroso -culpa -vergüenza	PENSAMIENTO INADECUADO	-incapacidad de tomar decisiones -no hay solución -no hay equilibrio -se agrava el problema.

SESIÓN #8

Se consigue el objetivo planificado

SESIÓN #9

Se consigue el objetivo planificado

SESIÓN # 10

Se consigue el objetivo planificado

Comentarios:

- Para mí fue muy gratificante realizar esto, me siento como si mi cuerpo estuviera livianito, como con ganas de hacer las cosas... gracias.
- Bueno, yo estoy fresca, tranquila, me gustó gracias
- Cuando usted dijo que imaginemos una pirámide y que salía esa luz, para mí fue como Dios, como algo súper extremo, me gustó, me siento bien.
- Quiero decir gracias no más, porque aún estoy con esto.
- Paz, eso es lo que siento mucha paz y ganas de hacer mis cosas, sobre todo las pendientes.
- Realmente no sé que siento, pero estoy súper bien, me gustó quisiera saber si se puede hacer uno mismo con esos discos que venden
- Estoy súper bien, súper bien, gracias

- Me gusta esto, me siento bien, realmente me siento diferente por todo esto que hacemos con lo que aprendo y me doy cuenta que uno si puede ser diferente si quieres.
- Gracias, estoy como medio emocionado, raro, no sé yo siempre me burlaba de estas cosas como de locos y sólo de nenas, pero ahora no sé, creo que es serio porque yo he cambiado, yo se que si he cambiado, y me siento bien, la verdad.

En el grupo de los hombres un participante presentó llanto, mencionó: Me siento como diferente pero me acordé de mi padre y solo tengo ganas de llorar.

La terapeuta intervino: está bien, no tienes que pedir perdón por llorar, es eso lo que sientes y está bien, si deseas puedes hablar sobre eso o si prefieres podemos hablar luego de la sesión. A lo que el participante respondió: No, gracias, prefiero luego, no es por ustedes compañeros, es por mí, prefiero hacerlo luego.

Terapeuta: Está bien, no hay problema, tranquilo.

SESIÓN # 11

Se consigue el objetivo planificado

SESIÓN # 12

Se consigue el objetivo planificado

SESIÓN # 13

Se consigue el objetivo planificado

SESIÓN # 14

Se consigue el objetivo planificado

No planificado.

En el grupo de las mujeres una paciente presentó llanto porque considera que aprendió a maltratarse debido a que en su casa, principalmente su madre y abuela la maltrataban verbal y físicamente porque no era como su hermana mayor. La terapeuta intervino.

Se trabajó de la siguiente manera:

- Terapeuta: ¿Cómo era tu hermana mayor?
- Paciente: Muy inteligente y siempre sacaba buenas notas en la escuela
- Terapeuta: Y tus notas en la escuela ¿cómo eran?
- Paciente: muy bajas porque conversaba mucho y siempre era muy despistada
- Terapeuta: ¿Siempre? ¿Todo el tiempo?
- Paciente: no, perdón, algunas veces, creo que al terminar las clases por eso no copiaba las tareas y en mi casa mi mamá me insultaba, siempre me decía “estúpida” y esa es la palabra que uso para mí cuando hago algo mal, pero no, yo si se hacer mis cosas bien, no como mi hermana, pero si las sé hacer
- Terapeuta: ¿Te gusta como haces tus cosas?
- Paciente: Si, la gente de afuera y mis amigos, me admiran porque soy responsable y hago mis cosas muy bien, incluso me piden ayuda para que les indique cosas.
- Terapeuta: Podría ser que en casa reconozcan en ti esto, pero que de niña te comparaban con tu hermana por tener un desempeño acorde a lo que ella (me refiero a tu madre) consideraba mejor

- Paciente: Si, creo que si
- Terapeuta: Y hoy ¿Es igual, te compara aún?
- Paciente: No, porque mi hermana tuvo una hija soltera y no la perdona y ahora me pone de ejemplo a mí que estoy en la ESPE
- Terapeuta: Tú me quieres decir que tu madre tiene como patrón de conducta ¿comparar?
- Paciente: Si,
- Terapeuta: Entonces será, tal vez, que tú eres tú con todas esas capacidades, habilidades y cualidades y tu hermana ¿con las suyas?
- Paciente: Si, mi hermana es inteligente y yo también, yo la quiero mucho
- Terapeuta: Y a ti, ¿te quieres?
- Paciente: (Risa) sí, creo que me gusta como soy

En la parte final de la sesión, y al explicitar individualmente la experiencia vivida en esa sesión, se muestran sorprendidos de lo fácil que les resulta autocalificarse negativamente y que al buscar dos cualidades le resultó complicado concluyendo que es más fácil desvalorizarse, que reconocer sus capacidades y habilidades.

En el grupo de las mujeres una paciente presentó llanto porque considera que aprendió a maltratarse debido a que en su casa, principalmente su madre y abuela la maltrataban verbal y físicamente porque no era como su hermana mayor. La terapeuta intervino.

Observación: en el cierre de la sesión, se aprecia cierto nivel de fraternidad en el grupo, se puede evidenciar mayor cohesión y mayor seguridad.

SESIÓN # 15

Se consigue el objetivo planificado

SESIÓN # 16

Se consigue el objetivo planificado

En la valoración del problema, en el grupo de hombres, existen dos pacientes que expresan sus criterios. La terapeuta interviene:

“parece que me hago problemas yo mismo” dice el uno; y el otro menciona “en realidad creo que no es problema”, por lo que la terapeuta hace una pausa para hacer intervención con los dos

- Terapeuta: ¿A qué te refieres cuando dices que parece que te haces problemas tú?
- Paciente: Porque busco las causas y no encuentro razones de peso, más bien creo que es que yo exagero las cosas
- Terapeuta: Será que reconoces alguna distorsión cognitiva, de las que vimos antes
- Paciente: Si, y creo que como nos enseñó, puedo controlar esa forma de pensar.
- Terapeuta: ¿Quieres compartir tu problema con el grupo? Digo, para ver si efectivamente tu percepción es real

- Paciente: Es que siempre pienso que yo caigo mal de primera a la gente que recién me conoce.
- Terapeuta: ¿Y ahora qué piensas?
- Paciente: No, porque creo que soy yo el que se hace a un lado, porque me da vergüenza y siempre espero que se acerquen a preguntarme o hacerse amigos. Y ahorita que nos hace hacer esto, no encuentro causas.
- Terapeuta: Entonces ¿qué tendrías que hacer para no pensar que caes mal a las personas?
- Paciente: Preguntarme ¿Por qué tendría que caerles mal si no me conocen?
- Terapeuta: Excelente, muy bien (aplausos...)
- Entonces se continúa con el otro paciente
- Terapeuta: Y tú, por qué dices que crees que no es problema. ¿Quieres compartírnoslo?
- Paciente: Si, porque mi mami se enoja conmigo porque soy desordenado, y cuando buscaba las causas, todas son mías, o sea que yo puedo dejar de hacerme problema por eso, más bien debo buscar tiempo para arreglar mi cuarto y no dejar mis cosas por todos lados.
- Terapeuta: Me parece que si puede ser un problema, pero de organización, tal vez con un horario te puedas ayudar. Podría ayudarte luego con esto, ¿te parece?
- Paciente: Si, gracias, pero va a ser difícil,
- Terapeuta: Veamos, tómalo como modelo para resolver problemas y vemos que pasa.
- Paciente. Ok

SESIÓN # 17

Se consigue el objetivo planificado

Algunos participantes mencionaron que se les había ocurrido otras alternativas de solución a más de las que descubrieron en la sesión anterior y que se encontraban más tranquilos.

Al terminar de escribir las ventajas y desventajas, categorizándolas y determinando su aplicabilidad, evidencian tranquilidad y mencionan que encuentran este procedimiento fácil, en términos propios de la jerga juvenil. Cabe destacar que en el grupo de mujeres se recoge la expresión “así que fuera todo”, por lo que la terapeuta invita a que realice un proceso similar con aquel problema que le parezca fuerte o que se crea, no tiene alguna solución, para ver cómo va.

Se pide permiso para que comparta el problema, a lo que accede:

- Paciente: Mi problema es mi padrastro, es grosero con mi mamá y conmigo el imbécil.
- Terapeuta: ¿A qué te refieres al decirle “imbécil”?
- Paciente. Es que cuando viene tomando y le quiere pegar a mi mamá, y yo porque soy mayor, tengo que defenderle, pero cuando le defiende ella se enoja porque dice que por mi culpa se va a ir
- Terapeuta: Quieres que realicemos el proceso de resolución de problemas
- Paciente: Bueno

- Terapeuta: El problema entonces es que como tú eres mayor ¿tienes que defenderle a tu madre? O ¿que tu madre se enoja porque te dice que por tu culpa se va a ir tu padrastro?

Levantán la mano para participar los demás pacientes:

- 1.- No es verdad que porque eres mayor debes defenderle a tu madre, eso es una distorsión.
- 2.- Eso es como que tú te impusiste defenderle a tu mamá
- 3.- Tú le defiendes porque quieres, porque es tu mamá, no porque eres hermana mayor y debes defenderle, lo haces porque quieres

- Terapeuta: Tu qué crees de lo que dicen tus compañeros
- Paciente: No se..., creo que si tienen razón
- Terapeuta: Veo que no estás convencida, ¿quieres trabajar eso?
- Paciente: Bueno, pero en otro lugar solo con usted.
- Terapeuta: muy bien, lo hablaremos luego.

SESIÓN # 18

Se consigue el objetivo planificado

SESIÓN # 19

Se consigue el objetivo planificado

SESIÓN # 20

Se consigue el objetivo planificado

SESIÓN DE CIERRE

Se consigue el objetivo planificado

El grupo se muestra altamente motivado y cohesionado.

Se realiza el cierre final completando, cada participante la ya conocida frase: No me quiero ir sin antes decir que...

Hay abrazos y frases motivadoras entre los participantes.

TABLA DE CUADROS

CUADRO #1 UNIVERSO Y POBLACIÓN	61
CUADRO # 2 HOMBRES CON BAJA AUTOESTIMA	62
CUADRO # 3 MUJERES CON BAJA AUTOESTIMA	63
CUADRO #4 HOMBRES Y MUJERES CON BAJA AUTOESTIMA	64
CUADRO # 5 DIFERENCIA ENTRE EL NÚMERO DE HOMBRES Y NÚMERO DE MUJERES CON BAJA AUTOESTIMA.....	65
CUADRO # 6 ESTUDIANTES CON BAJA AUTOESTIMA	66
CUADRO # 7 PARTICIPANTES	67
CUADRO # 8 RESUMEN	67
CUADRO #9 RESULTADOS DE PRE – TEST HOMBRES	68
CUADRO # 10 RESULTADOS DE PUNTAJES DE PRE – TEST MUJERES	69
CUADRO # 11 RESULTADOS DE POS – TEST HOMBRES	70
CUADRO 12 RESULTADOS DE PUNTAJES DE POS – TEST MUJERES.....	71
CUADRO # 13 RESULTADOS DE EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA PACIENTES HOMBRES CUADRO COMPARATIVO DE PRE TEST Y POS TEST	72
CUADRO # 14 EFICACIA DE LA (TRE) HOMBRES	73
CUADRO # 15 RESULTADOS DE EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA PACIENTES MUJERES CUADRO COMPARATIVO DE PRE TEST Y POS TEST	74
CUADRO # 16 EFICACIA DE LA (TRE) MUJERES	75
CUADRO # 17 DIFERENCIA DE PUNTAJES DE PRE Y POS TEST ENTRE HOMBRES Y MUJERES	76
CUADRO # 18 DIFERENCIAS EN POS-TEST	77
CUADRO # 19 DIFERENCIAS DEL AUMENTO DE AUTOESTIMA EN HOMBRES Y MUJERES DESPÚES DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO	77